

6/10
A 5
P 5

ANNAES PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECTOR: *Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO*

PUBLICAÇÃO MENSAL DA "SOCIEDADE EDITORA MEDICA LIMITADA"

Caixa Postal, 1574 — S. PAULO (Brasil)

Assignaturas: Por 1 anno 25\$000. Por 2 annos 40\$000.

Vol. XXIV

Dezembro de 1932

N. 6

S u m m a r i o :

Grande diverticulo da parede posterior da bexiga curado por via extravesical extraperitoneal — Dr. Jarbas B. de Barros	279
Introdução á patologia renal — Dr. Eduardo Monteiro	287
Anomalias das glandulas vitelinas da "Fasciola hepatica" (LINNEU) — J. Lacaz de Moraes	301
Pathogenia da cephaléa post-rachianesthesica — Prof. C. Angelesco, Dr. G. Buzoianu e Dr. Caramzulesco	305
Reuniões Scientificas	309
Literatura Medica	319
Noticiario	324
Índice do vol. XXIV	329

RHEUMATISMO?: RHEUMALINA!



Formula da "Rheumalina" cada colher da de sopa contém:

Salicilato de sodio purissimo (recristalizado em pequenas agulhas)	grs.
Iodureto de potassio puro	1,00
Extracto estabilizado de Equinodorus macropilus (chapou de couro)	0,25
Idem Polipodium lipidopteris (samambala)	q. s.
Tint. de gengiana.	q. s.
Glicerina neutra	3 c. c.
Xarope de casca de laranjas amargas	q. s.

**FORNECEMOS AMOSTRAS, QUANDO SOLICITADAS, AOS
SENHORES CLINICOS.**

LABORATORIO DA "RHEUMALINA"

Rua das Palmeiras, 12. Tel. 5-2667. São Paulo

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Publicação da "Sociedade Editora Medica Limitada"

Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assignatura: Por 1 anno 26\$000. Por 2 annos 40\$000.

Vol. XXIV

Dezembro de 1932

N. 6

Grande diverticulo da parede posterior da bexiga curado por via extravasical extraperitoneal (*)

Dr. Jarbas B. de Barros

Urologista da Beneficencia Portuguesa

Os diverticulos da bexiga, um dos capitulos mais discutidos e trabalhados da urologia moderna, constituem ainda, entretanto, um campo aberto para os pesquisadores e clinicos que, dada a multiplicidade de suas formas e respectivas complicações morbidas, sempre n'elles encontram materia para indagações tanto sob o ponto de vista scientifico puro, como no das applicações praticas.

Animei-me a trazer a presente observação deante da escassez da literatura nacional correlata, tendo esta comunicação o fim exclusivo de contribuição para a casistica do assunto entre nós.

OBSERVAÇÃO: J. S. A., 38 anos, branco, casado, português. Maio de 1932.

Queixa: urinas turvas.

Anamnese: Na infancia teve sarampo, aos 10 anos tifo, sem complicações, mais tarde gripe. Apanhou uma blenorragia em 1915, restando uma gota matutina. Em 1918 fez um tratamento com lavagens uretraes e massagens prostáticas, sendo considerado curado. Casou. Não infectou a esposa. De 1920 para

(*) Trabalho inscrito em Julho e apre-entado em 26-11-32 a sessão de Urologia da Associação Paulista de Medicina.

ca sofreu duas ou tres vezes um pequeno corrimento uretral que desaparecia em poucos dias. Em fins de 1931 supõe ter apanhado um cancro sifilítico, usando na ocasião injeções de bismuto e neosalvarsan.

Molestia actual : Em fevereiro deste ano, apresentando sinais de cistite forte com hematuria terminal por 8 dias e ligeira secreção uretral, fez tratamento com lavagens vesicais, aplicações de diatermia prostática, dilatação uretral com beníques até n. 46, tendo desaparecido a cistite e o corrimento uretral, mas persistindo a turvação das urinas. Já ha alguns anos notara apresentar urinas turvas, mas ultimamente estão bem mais sujas. O clinico que o tratou no interior desanimado com a resistencia da turvação urinaria ao tratamento instituido, diagnosticou pielonefrite cronica e aconselhou o paciente a procurar São Paulo para preparar uma auto-vacina.

Exame fisico geral : Indivíduo forte, bem constituido, não ha anomalias ou doenças perceptíveis nos outros aparelhos e sistemas. Reacção de Wassermann — negativa.

Exame urológico externo : A urina dos dois vidros é igualmente turva, turvação verificada ao microscopio ser devida a pus.

A palpação dos órgãos genitais externos e o toque da prostata e vesículas nada revelam de anormal.

Rins indolores á palpação e não augmentados.

Exame radiológico simples : Na região lombar direita ha 3 sombras com o aspecto de ganglios calcificados — como uma esta sobre a sombra renal, convem pielografia para excluir a hipótese de litíase do rim. Relatório assignado Dr. C. Fernandes 7-5-932.

Exame urológico instrumental : O explorador 22 Ch. passa e volta na uretra sem resalto, a sensibilidade é a habitual. Ordenada a micção o doente urina 100 cc. Introduzido o cistoscopio de cateterismo bilateral, verifica-se a existencia d'uma retenção vesical de cerca de 200 cc. de urina turva, é necessario lavar diversas vezes para clarear o meio. A' cistoscopia além da boa capacidade da bexiga, nota-se ligeira congestão vascular em alguns pontos, presença de algumas trabeculas no fundo, meato ureteral direito congesto e 4 cms. acima um orificio diverticular animado de contrações. Cateterismo ureteral bilateral facil até 25 cms. O exame da urina recolhida revela :

R. D. — varias celulas descamadas, muito raros leucocitos com predominancia de linfocitos ; lamina corada negativa para Koch ; cultura em gelose negativa para qualquer germe.

R. E. — Numerosas celulas descamadas, muito raros leucocitos ; lamina corada negativa para Koch ; cultura em gelose negativa para qualquer germe, Rel. assignado : Dr. Rodrigues Netto em 10-5-932.

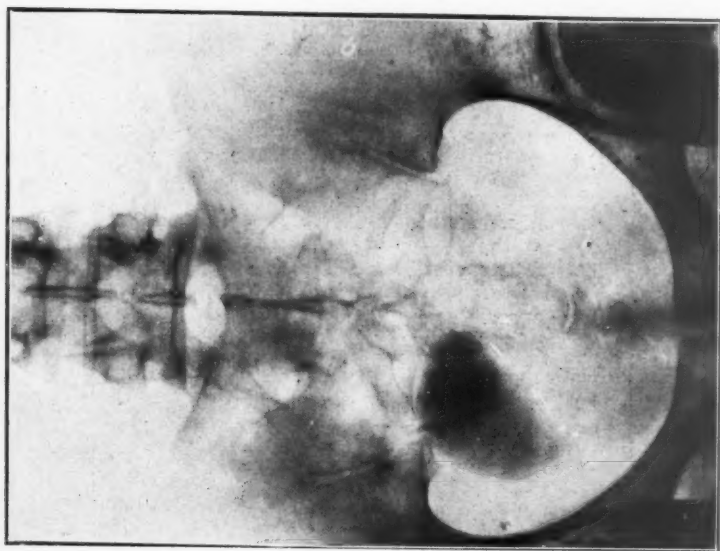
Exame radiológico : pielografia D, — nada de anormal — as sombras da região renal são extra-renaes (ganglios calcificados). Assignado : Dr. Carlos Fernandes, 9-5-932.

Depois de fazer lavagens vesicaes durante uma semana, fiz uma cistografia com solução de iodureto de sodio a 5 % (tecnica de Braasch), rezando o relatório : com grande diverticulo vesical. — Dr. C. Fernandes, 17-5-932.

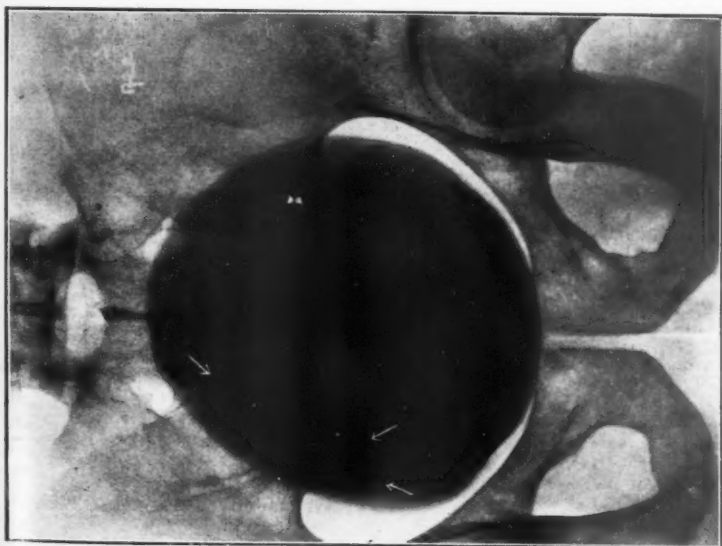
Operação : Dias depois, imediatamente antes da operação, fiz uma cromo-cistoscopia, observando boa eliminação bilateral do indigo carmin injetado na veia e, como tempo pre-operatorio, passei uma sonda ureteral no ureter direito e outra no diverticulo, deixando a bexiga cheia. A operação feita com raquianestesia pela scurocaína C durou uma hora e meia. Operador o A., auxiliar Dr. Barbosa de Barros. A punção do raque foi difficil mas a anestesia foi muito boa. Grande incisão mediana hipogastrica do umbigo ao pube, com abertura de todos os planos menos o peritoneo. O globo vesical alcançado, não havendo pericistite intensa, foi fácil de descolar do peritoneo até o limite da parede posterior, ahi pela apalpação percebi a sonda intradiverticular e pude começar a descolar o diverticulo por sua vez. Do peritoneo foi facil o descolamento, mas profundamente foi necessario avançar muito devagar por causa das adherencias ao ureter, tendo neste







Resíduo após mectomia evidenciando o divertículo.



Cistografia: Bexiga cheia, notando-se sombra mais forte no lugar do divertículo.



A peça cirurgica em tamanho natural.

tempo muito auxiliado a sonda intra-ureteral que evitou maior dano ao mesmo que o corte duma sua pequena veia parietal. Completado o descolamento, isolei o colo do divertículo, da grossura dum polegar, isolamento difícil devido aos numerosos vasos ali existentes, e mandei um enfermeiro retirar as sondas ureteraes e esvasiar a bexiga. Fiz em seguida o pinçamento do colo diverticular com 2 pinças Faure, secção entre as mesmas, iodagem do coto, ligadura com nó de cirurgião de catgut cromado 2, e sepultamento em 2 planos incluindo a musculosa e adventícia da bexiga. No grande descolamento que ficou deixei um dreno de gaze enroldado em cigarro, fechei a parede por planos e deixei sonda vesical de permanência; 4 dias depois retirada do dreno e da sonda fechando a incisão per primam.

Exame anatomo-patológico: A peça operatoria logo depois de retirada foi tamponada com algodão e mergulhada na formalina a 10 %. Um corte da parede mostrou ao microscópio: Presença de epitélio pavimentoso estratificado, não corneificado. As células epiteliaes superficiaes têm os núcleos muito achatados essas células aparentam maior tamanho do que uma célula pavimentosa comum. Esse caracter morfológico aproxima os ditos elementos epiteliaes aos respectivos elementos de revestimento da bexiga. Em alguns pontos os próprios elementos mais profundos, são achatados. A impressão que se tem é de ter esse epitélio sofrido distensão mecânica. A túnica própria é um colágeno denso, sem infiltração por elementos inflamatórios. Notam-se algumas pequenas papilas. Esparsas fibrocelulas musculares lisas se encontram entremeadas pela túnica própria. Ha uma túnica adventícia, com tecido colágeno frouxo e com arteriolas e venulas. Não ha também aqui infiltração celular. — Dr. Oria, em junho de 1932.

Aproveito a oportunidade para apresentar as chapas radiograficas e o divertículo.

Post-operatorio: As urinas nos primeiros dias após a operação sahiram absolutamente claras, mas depois de suprimida a sonda de permanência turvaram-se algum tanto (piúria). Comecei então a fazer lavagens vesicaes com solução de nitrato de prata na esperança de que afastado o divertículo fosse possível exterminar a infecção vesical restante. Ao fazer as primeiras lavagens verifiquei que a bexiga ainda tinha uma retenção de cerca de 60 cc., com a continuação do tratamento reduzida a 30 cc. A sensibilidade vesical no começo um tanto amortecida, o nitrato não queimava, tornou-se normal ao mesmo tempo. O doente teve então alta e foi ao interior com promessa de voltar para repasse. Em 9-7-932 voltou queixando-se de micção frequente. Feita a cistoscopia notei: cistite generalizada, congestiva com algumas placas de fibrina. A cicatriz da diverticulectomia estrelada, normal; 4 cms. acima e para dentro do meato ureteral esquerdo em nível um pouco abaixo da cicatriz do outro lado, ha um orificio diverticular. Desconfiado de que era essa a causa da reaparição da cistite, da ligeira retenção (30 cc.) e da piúria ainda existentes, fiz nova cistografia, desta vez não aparecendo divertículo algum, notando-se somente a existencia de uma pequena retenção. O orificio diverticular entrevisto na cistoscopia correspondia provavelmente a uma célula mais profunda da região trabeculada do fundo. Para o lado do sistema nervoso continuavam normaes os reflexos pupillares, cutaneo-abdominaes, patellares e aquileanos, nem tinha aparecido o sinal de Romberg. A sensibilidade vesical estava até exaltada.

Institui tratamento combinado de lavagens vesicaes de rivanol a 1/1000 e injeções endovenosas de cilotropina diarias. Com esse tratamento os sintomas todos desapareceram ficando a urina completamente clara.

COMENTARIOS: — O presente caso de divertículo pela sua séde e constituição se enquadra perfeitamente nos denominados congenitos. Como sóe acontecer geralmente a anomalia só se revelou acidentalmente, um pouco mais cedo do que no comum dos casos, por sintomas não característicos, sendo descoberta sómente devida a estandartisação do exame urológico corrente actualmente. Com efeito

não havia o sintoma dito indice: a micção em dois tempos. Na historia do doente apesar de bastante inquirido a respeito não ha menção desse fenomeno. A disuria não era tambem proeminente. O sintoma interessante do caso é a *retenção incompleta*, grande com o diverticulo, muito diminuida mas persistente depois da diverticulectomia. A retenção, a presença de trabeculas no fundo da bexiga, tenacidade da infecção, todos sinais de obstrução vesical cronica, em parte persistentes depois da diverticulectomia fazem pensar na existencia de uma causa subjacente, origem comum de todos esses fenomenos. Não havendo outro diverticulo como a segunda cistografia mostrou, não havendo elementos no exame para supor uma afecção nervosa de bexiga, salvo a temporaria e relativa insensibilidade ao nitrato, talvez sequela da raqui, não havendo hipertrofia prostática fica-se pensando que a retenção se deve á afecção mal definida denominada molestia do colo, esclerose ou hipertrofia ou hipertonia do mesmo, naturalmente de fôrma pouco acentuada tanto que os sintomas regrediram com o tratamento. Acredito poder ainda esclarecer este ponto acompanhando a evolução ulterior do caso.

Não é necessario quanto ao diagnostico insistir no valor d'um exame padrão, os factos de todos os dias o comprovam, nem é necessario salientar o papel fundamental da cistoscopia e grafia, recordo sómente que fiquei muito satisfeito com a solução de iodureto de sodio, para cistografia, é um meio barato, dá optima sombra, é ligeiramente antiseptico e não dá reacção vesical como o bromureto de sodio.

Outro facto a discutir neste caso é o exame microscopico da parede diverticular não revelar infiltração inflammatoria. Admito que a infecção era em placas e que foi obra do acaso o corte cair em zona sã. A piuria era intensa, do rim não era, da bexiga tambem não porque não estava tão inflamada assim, tinha que ser do diverticulo cujo conteúdo aliás sempre se apresentava turvo e de máo cheiro, tanto que custava a clarear o liquido da bexiga nas lavagens.

A indicação operatoria era indiscutivel e sabendo por experiencia propria o que é uma diverticulite antiga em materia de dificuldade operatoria, aproveitei a oportunidade para fazer emquanto ainda era possivel uma intervenção radical. Aliás os classicos do começo deste seculo já diziam: diverticulo diagnosticado, diverticulo operado; hoje com menos radicalismo diz-se: diverticulo doente, diverticulo operado. Operei o doente numa fase da afecção em que a acuidade dos sintomas subjectivos não era grande e posso concluir pela evolução do caso que só ha vantagem tanto para o paciente como para o cirurgião em operar precocemente.

A tecnica seguida, já regulada pelos AA. de maior experiencia, é a que se pôde considerar a mais racional quando possivel, pois a via superitonia sem abertura da bexiga é cirurgicamente a que menos riscos oferece de infecção e fistulisação. Da tecnica empregada

saliento dois pontos, um: a vantagem da longa incisão do umbigo ao pube como aconselham alguns AA., essa incisão longa facilita consideravelmente o descolamento da bexiga; outro: a vantagem de a título de ponto de reparo cateterisar com sondas ureteraes tanto o ureter homolateral como o diverticulo, evita-se assim o risco de ferir o ureter e reconhece-se mais depressa o diverticulo.

Rua Senador Feijó, 27.

- 1 — COSTA MANSO, E. — *Diverticulo vesical* — "São Paulo Medico, ano II, vol. II, Abril de 1930.
- 2 — RECALDE, JUAN F. — *Diverticulite gangrenosa da bexiga. Pericistite supurada aguda difusa. Tratamento cirurgico. Cura.* — Boletim da Sociedade de Med. e Cir. de São Paulo. — vol. XIV, ns. 10, 11 e 12. Dezembro de 1930.
- 3 — PEREIRA, ATHAYDE G. — *Sobre 5 casos de diverticulos da bexiga (apresentação de casos clinicos e comentarios).* — Sessão de Urologia, de 26 de dezembro de 1931, da Associação Paulista de Medicina.
- 4 — FLECK, H. e SAINT-PASTOUS — *Diverticulos da bexiga. — Algumas considerações a respeito.* — Revista de Radiologia Clinica, Ano 1, n.º 3, Fevereiro de 1932 — Porto Alegre.
- 5 — BAENA, FIGUEIREDO — *Diverticulos vesicaes e Calculos diverticulares* — Revista Brasileira de Cirurgia, Ano I, n.º 3, Março de 1932 — Rio.

MAIZENA DURYEA

É um alimento purissimo extrahido do milho.

O processo de seu fabrico é esmerado, hygienico e controlado por chimicos peritos.

As suas qualidades nutritivas e fortificantes, combinadas com a sua digestibilidade, tornam-na um dos melhores alimentos para creanças e convalescentes.



PEÇA-NOS hoje mesmo uma amostra de nosso producto. Enviar-lhe-emos ao mesmo tempo sua analyse chimica e um livro de "Receitas de Cozinha".

REFINAÇÕES DE MILHO BRASIL, S/A
Caixa 2972 Tel. 2-1597 São Paulo

ALUETINA

Injecções mercuriaes indolores

ALUETINA N.º 1 - Dosada a 1 centg. de
cyaneto de mercurio.

ALUETINA N.º 2 - Dosada a 2 centg. de
cyaneto de mercurio.

*Tratamento intensivo da syphilis
em todas as suas manifestações.*

V. WERNECK & CIA.

Rio de Janeiro



A SOBERANA DAS AGUAS DE MESA

Rins, Bexiga e Apparelho Digestivo

BEBAM AGUA

MAGNESIANA CAXAMBU'

Introducção á patologia renal^(*)

Dr. Eduardo Monteiro

Chefe da Clinica Medica de Mulheres da Policlinica de S. Paulo

Anatomia Patologica

ANOMALIAS

Meus senhores.

Iniciando o estudo da anatomia patologica, importa em primeiro lugar conhecer as anomalias do rim e das suas vias excretoras contiguas. Elas são multiplas, curiosas e algo frequentes, o que basta para prender a nossa atenção.

Preliminarmente, convém advertir que as anomalias do rim não afetam as capsulas supra-renais. Nem haveria motivo, anatomico ou embriologico, para tanto. Com efeito, sob o ponto de vista anatomico, as capsulas supra-renais, embora vizinhas dos rins e embora contidas na mesma loja, são inteiramente destacadas. Aliás, esta independencia anatomica é manifesta no processo da visceroptose, que jamais acarreta o barrete frigio. De outro lado, embriologicamente, não existe qualquer parentesco. Atenda-se a que a substancia cortical das supra-renais, conquanto de origem mesodermica, provêm do mesotelio peritoneal; e que a substancia medular nasce do ectoderma, propriamente das simpaticogonias. Como se vê, a diversidade embriologica é completa e a independencia anatomica é patente. Razão não existe, portanto, para conexões entre ambos os órgãos, no tocante a anomalias. Sem embargo, Bailleul consignou uma ectopia reno-supra-renal. Talvez esta excepção seja a unica na literatura classica. Entre nós, recentemente, o Prof Luciano Gualberto assinalou um caso notavel, de igual natureza.

^(*) Primeira lição de um curso realizado na Associação Paulista de Medicina.

Pelo contrario, as relações entre o aparelho urinario e o genital, tão intimas anatomica e embriologicamente, explicam porque se mostram assiduas as anomalias concomitantes de ambos.

Não custa tambem admitir a simultaneidade de outras malformações: persistencia do buraco de Botolo, lobulação anormal dos pulmões, "situs inversus", hidrocefalia, etc., etc.

Os processos anomaes dizem respeito ao numero, ao volume, á fôrma, á séde dos rins; além disto, ambos os rins podem entrar em sinfise. Se agora acrescentarmos a vascularização atípica e os vícios das vias eferentes contiguas, poderemos dizer que existem: anomalias numericas, volumetricas, morfologicas e topograficas; sinfises; anomalias vasculares e das primeiras vias excretoras.

O seguinte esquema compendia o assunto:

ANOMALIAS . .	{	Numericas .	{	Ausencia			
				Rim unico			
				Rim supranumerario			
	{	Volumetricas.	{	Hipoplasia			
				Hiperplasia congenita.			
	{	Morfologicas					
		Topograficas	{	Falta ,excesso ou vicio de rotaçao			
	{			Ectopias			
		{	Sinfises . . .	{	Medianas.	{	Rim em ferradura
							Rim sigmoide
						Rim em bolo	
		Laterais .	{	Sinfise renal unilateral			
		Anomalias vasculares					
	{	Animalias das primeiras vias excretoras.					

Entremos na materia, cuidando primeiramente das

ANOMALIAS NUMERICAS

Como vêdes no esquema, as anomalias numericas compreendem a ausencia, o rim unico e o rim supra-numerario.

Ausencia — A ausencia completa dos rins, por agenesia absoluta das formações embriologicas, evidentemente, é incompativel com a vida. E' privativa de monstros nati-mortos, em que aliás se comprovam malformações multiplas, por via de regra a par de ausencia da bexiga.

Rim unico — Exemplos de rim unico existem numerosos na literatura. Importa, entretanto, não confundir esta anomalia com a

sinfise e com a hipoplasia. No caso de sinfise, o exame atento, do corpo unico que resulta da fusão de ambas as glandulas renais, permite distinguir a dualidade. Na hipotese de hipoplasia, a perquirição anatomo-histologica revela a existencia da viscera em miniatura.

Geralmente, as dimensões do rim unico ultrapassam as habituais, embora possa succeder o contrario. Por vezes, o rim é lobulado, discoide, ectopico ou sofre ainda de outras anomalias.

Por via de regra, comprova-se no local deshabitado, não só a ausencia do rim, senão tambem a dos vasos renais e do ureter; consequentemente, costuma falhar, dêsse lado da bexiga, o respetivo orificio ureteral. Algumas vezes, entretanto, vasos e ureter estão presentes. Neste caso, os vasos são reduzidos a um cordão fibroso que se desfaz na gordura retro-peritoneal. Quanto ao ureter, varias eventualidades podem ocorrer; ora é desenvolvido em toda a altura, terminando num fundo de saco, ora não alcança nem metade do seu caminho; ora é permeavel, ora é impervio, transformando em cordão fibroso.

Rim supranumerario — A expressão — rim supranumerario — deve ser aplicada a um terceiro órgão inteiramente destacado e provido de um ureter proprio.

Assim entendida a anomalia, torna-se evitavel a confusão, cometida por muitos autores, com outras malformações que, á primeira vista, simulam a multiplicidade. E' o caso da sinfise trilobada, em que os ureteres são em numero de tres ou quatro; aqui, realmente, ha dois rins apenas, um dos quais é provido de dois ureteres, ou estes são duplos em cada órgão. E' o caso, ainda, do rim normal em tudo, excepto na duplicidade do ureter. Em qualquer destas duas eventualidades, o exame atento mostra que não se trata de um terceiro órgão inteiramente destacado.

Quanto á topografia, o rim supranumerario aloja-se ao nivel da bifurcação aortica ou na altura da sinfise sacro-iliaca, logo abaixo do homolateral, excepcionalmente em séde paralela.

O seu ureter é independente em toda a estensão ou, pelo contrario, desemboca no parceiro do mesmo lado.

ANOMALIAS VOLUMETRICAS

Como é logico, as anomalias volumetricas compreendem a hipoplasia e a hiperplasia congenita.

Hipoplasia — Hipoplasia, bem sabeis, é o desenvolvimento incompleto de um órgão. Na esfera que nós interessa, o volume do rim hipoplasico é comparavel ao de uma noz, avelã, fava, feijão, ganglio linfatico ou nervoso. O pêso pôde ser inferior a 1 grama. A fórmula é variavel, embora mais assíduo o aspêto reniforme ou o triangular;

por vezes — fato interessante — comprova-se a lobulação fetal neste órgão em miniatura.

O bacinete é pequeno ou, pelo contrario, de dimensões normais, o que contrasta com o volume do rim. Com o ureter podem ocorrer diferentes eventualidades: ausencia, calibre reduzido, transformação parcial ou total num cordão fibroso.

O motivo da hipoplasia deve ser um dos seguintes: 1.º obliteração congenita do ureter, o que impede se desenvolva o parenquima; 2.º estreitamento congenito das arterias renais, que chega ao mesmo resultado; 3.º nefrite intra-uterina.

No tocante á estrutura, Papin distingue tres categorias.

Num primeiro grupo, inscrevem-se os rins apenas hipoplasicos, em que é normal a estrutura, bem como o numero das piramides.

Um segundo grupo compreende os rins hipoplasicos providos de parenquima integro, mas cujas piramides são pouco numerosas. Por vezes, existem apenas duas piramides de Malpighi, ou uma somente; neste ultimo caso Garré compara o órgão a um rim de coelho.

Um terceiro grupo abrange os rins hipoplasicos que apresentam: ausencia dos glomerulos, esclerose generalizada e degeneração quística.

Importa não confundir a hipoplasia, desordem congenita, com a atrofia adquirida, atinente á vida extra-uterina. Entretanto, nem sempre é comoda a distinção, pois que, mesmo na primeira infancia, as lesões podem depender duma nefropatia progressa; e a dificuldade cresce no individuo adulto, dada a grande frequencia das lesões renais muito anteriores ao desfêcho letal. Não obstante, quando conservada a estrutura normal, tudo se limitando á pequenês, não ha a menor duvida que se trata de hipoplasia. Mesmo na hipotese de existir a degeneração quística, é provavel a natureza hipoplasica, se ao mesmo tempo existem outras malformações situadas alhures.

Hiperplasia congenita — O reverso é a hiperplasia congenita. Não somente é avantajado o volume da viscera, senão tambem accrescido o numero das piramides, dos tubulos e consequentemente dos glomerulos.

No comum dos casos, o processo é unilateral. O outro órgão conserva o volume anatomico ou, pelo contrario, se mostra hipoplasico.

Rarissimos são os casos de hiperplasia bilateral. Trata-se de "rins gigantes", na expressão de alguns autores.

Por certo, a hiperplasia congenita não deve ser confundida com a hipertrofia secundaria a uma nefrectomia, ou vicariante no caso de nefropatia unilateral.

ANOMALIAS MORFOLOGICAS

As anomalias morfológicas pouco interessam em anatomo-patologia e mesmo na pratica cirurgica.

Varios tipos se descrevem. Um dos mais assiduos é o estrangulamento do órgão, pelo meio ou na vizinhança de qualquer dos polos, como que esboçando um rim supranumerario; fato curiso, cada segmento é provido dum pediculo vascular.

Outro tipo, merecedor de registro, é aquele em que o hilo está voltado para cima, o ureter caminhando na face posterior.

Entre as anomalias morfológicas, ainda se inscreve o rim lobulado. Como ficou dito na primeira aula deste curso, no rim do individuo adulto as faces são lisas, por via de regra. Na vida fetal e nos albores da existencia, pelo contrario, encontram-se sulcos profundos, de que resulta a formação de lobulos. E' o rim lobulado, normal no feto, na infancia e aliás tambem em numerosas especies zoologicas. Escassos são os rins desprovidos de lobulação no momento da nascença. Este aspéto, progressivamente vae se apagando, até que desaparece pelos 4 anos de idade. E' anomala a sua persistencia no adulto; neste, não se confunda o rim lobulado congenito com o adquirido, proprio de certas escleroses renais.

ANOMALIAS TOPOGRAFICAS

Como vêdes no esquema, as anomalias topograficas compreendem: 1.º falta, excesso ou vicio de rotação; 2.º estopias.

Falta, excesso ou vicio de rotação — Na aula consagrada á embriologia, assinalámos que os rins, no decurso do seu desenvolvimento, sofrem uma rotação. A principio com o baciente voltado para a frente, pouco a pouco vão se torcendo, até que a pelve olha definitivamente para dentro. Pois bem, o processo pôde ser anormal, por falta, excesso ou vicio de rotação.

Falta de rotação é o caso do rim discoide, em que o hilo se mantem em posição anterior.

Excesso de rotação é a eventualidade em que o hilo está voltado para trás.

Ectopias — Preliminarmente, a respeito das ectopias, convem estabelecer uma distinção com as ptoses. Ectopia é a séde anormal duma viscera, séde definitiva, que não pôde ser alterada pelas simples manobras digitais. Ptose é a quéda singela, pelo relaxamento dos meios mecanicos. Trataremos apenas das ectopias.

Releva outrossim distinguir a ectopia congenita da ectopia adquirida. Por vezes, entretanto, é difficil o discrimine. Caracteres pre-

ciosos da ectopia congenita são os seguintes: 1.º vasos renais nascendo da aorta em nível inferior; 2.º hilo anterior, ou quasi; 3.º ureter curto.

Aliás, o mecanismo diverge entre os dois tipos de ectopia. Na ectopia congenita, o rim pouco subiu ou deixou de haver ascensão, talvez porque o botão ureteral não foi empurrado pelos botões genitais contíguos; caso não existam malformações do aparelho genital, o motivo deve residir em aderencias efetuadas no periodo embrionario ou numa inflexão prematura do sacro. Pelo contrario, a ectopia adquirida nada mais é que o deserção da viscera, do seu posto primitivo, e subsequente formação de aderencias na séde anomala. Na aula dedicada á revisão dos conhecimentos anatomicos, já ficou assinalado que as duas lojas renais comunicam entre si, por diante da coluna vertebral. Como estareis lembrados, os dois folhetos que constituem a loja renal, adelgaçam-se em baixo, transformam-se em laminulas e perdem-se no tecido adiposo da fossa iliaca. Portanto, duas aberturas anatomicas existem — mediana e inferior — abrindo caminho ao processo da ectopia adquirida.

Em boa taxonomia, rim ectopico é aquele que muito se afasta do sitio habitual, avizinhandose, pelo menos, da crista iliaca. Aquelle, embora fixo, que pouco se deslocou — não é propriamente rim ectopico, visto como trivialissima semelhante occorrença.

Cataloguemos as ectopias. Modificando em alguns pontos a classificação de Papin, apresento-vos o seguinte esquema:

ECTOPIAS.	Unilateral .	Homolateral .	{	Lombar
		Heterolateral		Iliaca
	Bilateral . .	{	{	Pelvica
				Lombar
				Iliaca
		Mixta	{	Um lombar, o outro iliaco
	Ectopias de rins unicos	Cruzada		Um lombar, o outro pélvico
		{	{	Um iliaco, o outro pelvico
				Lombar
				Iliaca
				Pelvica
				Cruzada

Como o seu nome indica, a ectopia unilateral é aquella em que apenas um rim deserta do posto anatomico. E' homolateral se ele se mantem do mesmo lado. Heterolateral, na hipotese contrária. Em qualquer das eventualidades, a séde anomala póde ser lombar, iliaca ou pelvica.

E' lombar se está situado entre a ultima costela e a crista iliaca.

E' iliaco se descansa sobre o psoas e musculo homonimo. Aliás, este rim ectopico póde apenas insinuar-se na fossa ou ultrapassa-la;

são formas de passagem que se intitulam — rim lombo-iliaco e rim ileo-pelvico.

E' pelvico quando situado na pequena bacia. Nesta emergencia, tres situações se distinguem: 1.º o rim ocupa o vestibulo pelvico; 2.º a viscera está em plena cavidade, caso mais assiduo e que merece o epiteto de "rim sacro" ou "rim pelvico mediano"; 3.º o órgão aloja-se na parte mais baixa do recesso — é o "rim pelvico profundo". Nesta ultima situação, o rim entra em contacto com o reto, bexiga e, na mulher, com o fundo de saco de Douglas. Superfluo é dizer que o rim pelvico interessa grandemente aos cirurgiões e aos obstetras.

Ao contrario do que precede, na ectopia heterolateral o rim passa para o lado oposto. Se bem que possa ocupar qualquer das posições em altura, já conhecidas, é de regra a sua situação logo abaixo do rim direito. Evidentemente, o ureter cruza a linha mediana.

Como vêdes no esquema, a ectopia bilateral pôde ser lombar, iliaca, pelvica, mixta e cruzada.

As tres primeiras variedades — lombar, iliaca e pelvica — definem-se pelos nomes. São rarissimas, porque quando ambos os rins se deslocam de maneira homologa, entram geralmente em sinfise.

O tipo mixto já não é tão excepcional. Compreendem-se facilmente as variantes: 1.º um rim lombar e outro iliaco; 2.º um lombar e outro pelvico; 3.º um iliaco e outro pelvico.

Na ectopia cruzada, o rim direito passa para a esquerda, e o esquerdo para a direita. Certamente, o lado normal do órgão é aquele em que se encontra a foz do respetivo ureter. Em outros termos, o discri-me dos rins, em direito e esquerdo, não é ditado pela séde fortuita e sim pela implantação de cada ureter, nas extremidades do trigono vesical.

Por fim, a ectopia do rim unico pôde ser lombar, iliaca, pelvica ou cruzada, o que não requer explicações.

Passemos a considerar as sinfises renais.

SINFISES

Assinala o nosso primeiro esquema que as sinfises podem ser medianas ou laterais, as primeiras compreendendo o rim em ferradura, o rim sigmoide e o rim em bôlo, enquanto que as segundas se resumem num unico tipo — a sinfise unilateral. Individualizemos.

Rim em ferradura — Assim se denomina a fusão congenita, mais ou menos intima, adiante da coluna raquiana, dos polos similares de ambos os rins, resultando um aspéto semelhante ao de ferradura.

Os primeiros termos da definição são essenciais; acessorio, e na verdade variavel, é o aspéto. Realmente, os attributos indefectíveis do rim em ferradura são dois: 1.º fusão congenita dos polos simila-

res de ambos os rins; 2.º séde mediana, pre-vertebral. Pelo contrario, a fôrma do conjunto é contingente e, a par do rim propriamente em ferradura, tambem existe o rim em V e o rim em L, todos eles inscritos, pela razão da comodidade, sob a mesma rubrica. Por sua vez, o rim tipico em ferradura pôde ter a sua concavidade voltada para cima ou para baixo. Assim se justifica a seguinte classificação:

RINS EM FERRADURA	{	simetricos . .	{	a) de concavidade superior
				b) de concavidade inferior
		asimetricos . .		c) rins em V
				d) rins em L

Por excepção, os polos similares são simplesmente contiguos e ligados por finos tractos conjuntivos. Por via de regra, existe um istmo, membranoso ou, mais vezes, parenquimatoso. A sua fôrma é variavel. A par de istmos estreitos e acanhados, outros existem, largos e espessos, cuja massa é continua e esferoide, limitada por dois sulcos mais ou menos profundos, a ponto de simularem um terceiro rim. Assim foram descritos por alguns autores desavisados, que não repararam na existencia duma ponte parenquimatosa, por baixo dos sulcos, ligando as partes laterais. Nesta anomalia, é illusorio o rim triplice.

No tocante á estrutura histologica, o istmo é geralmente constituido por tecido cortical; algumas vezes, a ele se associa a substancia medular; por excepção, o substratum é conjuntivo, simples e manchação espressa da capsula fibrosa, propria da viscera.

O espaço deixado pelas partes laterais (espaço inter-renal) é variavel; ora amplo, alojando os grossos vasos; ora etreito, até o ponto de esconder a aorta abdominal e a veia cava inferior, no segmento respetivo.

O volume de ambos os rins, geralmente, pouco se afasta da normalidade; por vezes, são muito desiguais.

A morfologia de cada um deles costuma ser atipica; de regra, são alongados ou discoides. Lisos em certas ocorrencias, mostram mais vezes uma face posterior contínua e uma face anterior lobulada. Não raro, oferecem as impressões da aorta, veia cava, arteria mesenterica superior e inferior.

No comum dos casos, os hilos são deformados e olham para a frente. Por vezes, não existe hilo nem seio, os calices alcançando a superficie do órgão.

O pêso do rim em ferradura, geralmente, pouco se afasta do habitual, mas pôde variar entre 460 e 215 gramas, cifras extremas consignadas na literatura.

Quanto á topografia, é rarissimo que a séde seja conservada, sendo comum uma discreta ectopia, lombar baixa, acima do umbigo. Ectopia em nivel inferior é excepcional. Com efeito, na hipotese de sinfise pelvica, torna-se dificil que o rim conserve a fôrma de ferradura. Nesta emergencia, é geralmente o "rim em bôlo" que se observa.

Resumindo os caracteres mais salientes, até agora expostos, Papin, em frase sintética, diz que "o rim em ferradura é um órgão abdominal pre-vertebral pelo seu istmo, para-vertebral pelas suas massas laterais; na grande maioria dos casos, ele fica acima do umbigo, acima da bifurcação aortica; raramente, pôde permanecer no sitio ou, pelo contrario, descer para a bacia".

Fato importante, o rim em ferradura é imóvel. Como excepção a esta regra, apenas se conhece o caso de Karl Joseph. Compreende-se que assim seja. De um lado, as arterias são geralmente em numero superior ao normal, o que determina a fixidês do órgão á columna raquiana, fixidês comparavel á da glandula tiroide, que reconhece identico mecanismo. De outro lado, a ectopia suprime a influencia cinemática do diafragma.

Como é facil imaginar, as relações com as outras visceras são profundamente modificadas. Não é mister insistir.

A vascularização, sobre que existe magnifico estudo de Papin, também é anomala, por via de regra.

No tocante ás arterias, multiplas eventualidades se verificam. No caso de Bruncher, unico na literatura, havia uma arteria apenas, nascendo da aorta e logo trifurcada, fornecendo um ramo para o hilo direito, outro para o hilo esquerdo e o terceiro para o istmo. Rara é a existencia de duas arterias, como em condições normais. Frequente é a presença de tres arterias, uma para cada massa lateral e a suplementar para o istmo. Por vezes, as arterias são multiplas, quatro, cinco, seis... até dez. Em certos casos, algumas arterias nascem da iliaca primitiva ou da sacra media. Anomalias de origem e multiplicidade vascular, é facil prever, tornam extremamente difíceis as manobras cirurgicas.

As veias não escapam. Embora existam geralmente duas veias renais, é assiduo que desemboquem de maneira anomala: na veia espermatica, na veia capsular media, na diaframatica, iliaca primitiva, hipogastrica.

O bacinete, na maioria dos casos, é respeitado quanto ao numero, existindo dois, direito e esquerdo. Mas pôde acontecer que se verifiquem dois ou tres de um lado. Por vezes, o istmo é provido dum bacinete proprio. Como já sabemos, a pelve renal costuma olhar para a frente.

Acrescentemos que são eventuais as anomalias do ureter.

Assim tendes uma visão panoramica das profundas desordens que acometem o aparelho urinario, na vigencia do processo anormal que se denomina rim em ferradura.

Rim sigmoide — Ao contrario do rim em ferradura, cuja sínfise se realiza em polos similares, o rim sigmoide é constituído pela reunião de extremidades opostas. No primeiro, prendem-se os dois po-

los inferiores ou os dois superiores. No segundo, reúne-se o polo inferior de um rim ao polo superior do outro.

Os hilos olham para dentro e cada órgão ocupa a metade respectiva do corpo. Evidentemente, um deles está situado em nível inferior, resultando, do conjunto, um aspecto torturoso.

De acordo com estes caracteres, assim podemos definir o rim sigmoide: é uma sinfise mediana de polos dissimilares, reproduzindo a forma dum S italico.

E' anomalia muito raramente observada.

Rim em bôlo — O rim em bôlo, rim em tórta, ou "Kuchenniere" dos Alemães, é uma sinfise mediana em massa compacta.

Por vezes, esta massa é tão compacta a ponto de desaparecer qualquer vestigio de soldadura. Assim se justifica a expressão sinônima — rins concrecentes — proposta por Gérard e Cadore.

A forma é geralmente quadrilátera, por vezes esferoide ou ovalar.

O volume da massa jamais supera o de rins normais; é igual ou inferior ao de ambos.

A séde é baixa: 4.^a ou 5.^a lombar, promontório, concavidade do sacro.

Apesar de tudo, existem dois hilos, dois bacinetes e dois ureteres. Os hilos olham para a frente. Os ureteres são curtos. E os vasos são múltiplos e anormais

Sinfise renal unilateral — A sinfise renal unilateral, conforme o seu nome indica, consiste na fusão de ambos os rins, á direita ou á esquerda da coluna raquiana.

Na maioria dos casos, a sinfise se realiza no sentido vertical, o polo superior de um rim soldando-se ao polo inferior do outro. E' escassa a soldadura lado a lado, pelos bordos.

A existencia de dois ureteres é indefectivel.

Passemos a considerar as

ANOMALIAS VASCULARES

Neste capitulo, muito haveria que perulstrar, mas é preferivel resumir a materia.

De um modo geral, no tocante ás arterias, existem anomalias de origem, de divisão, trajeto, penetração, distribuição e numero.

As anomalias de origem, em rins normais, são rarissimas. E' o que se pôde dizer de um tronco, fornecendo as duas arterias renais.

As anomalias de divisão compreendem a bifurcação precoce e a ausencia de bifurcação. Estas são verdadeiras anomalias, titulo que não merecem as multiplas variedades encontradas de maneira trivial.

Anomalias de trajeto ocorrem se a arteria caminha por trás da veia ou se suprimido o itinerario pre e retro-pielico.

Anomalias de penetração, assim de diz quando os ramos ingressam alhures, fóra do hilo, em um dos polos, em uma das faces ou no bordo convexo.

Facilmente se concebe a distribuição atípica bem como as anomalias numericas.

E, diante do exposto, tambem é facil imaginar as anomalias venosas.

Por fim, merecem a nossa atenção as

ANOMALIAS DAS PRIMEIRAS VIAS EXCRETORAS

Sob esta rubrica, estudaremos, embora de maneira perfuntoria, as anomalias do bacinete e do ureter.

Anomalias do bacinete — Quando estudámos a anatomia descriptiva, já ficou dito que são multiplos e complicados os tipos morfológicos de bacinete, a ponto de se tornar difficil a descrição metódica de todos eles. Assinalámos os bacinetes empolares e os bacinetes ramificados, com as indefectíveis fórmãs de passagem. Avisámos que o bacinete pôde falhar por completo, o ureter bifurcando-se e pondo-se em comunicação directa com os calices maiores. Não é a isto que se applica o titulo de anomalias.

Verdadeira anomalia é a dilatação do bacinete. Aliás, em materia do conjunto calices-bacinete, diferentes eventualidades se verificam: 1.º ectasia só do bacinete; 2.º dilatação dos calices apenas; 3.º alargamento global dos calices e do bacinete; 4.º gigantismo de um calice e ramos competentes.

Se a ectasia deforma o conjunto calices-bacinete, diz-se, de maneira classica: *hidronefroze congenita*. Se, pelo contrario, é respeitada a configuração dos calices, Papin propõe que se denomine: *mega-bacinete*. Se, porém, o gigantismo é limitado a um calice e ramos competentes, cabe a designação de *hidronefroze parcial*.

Anomalias do ureter — O ureter bifurca-se ou desdobra-se.

Diz-se que o ureter é duplo quando desdobrado em toda a sua extensão ou em parte do trajeto, o que pôde ocorrer só de um lado ou de ambos. Assim, distingue-se a duplicidade completa e a incompleta, a duplicidade unilateral e a bilateral. Jamais se verificou a existencia de tres ureteres para um rim autonomo.

Por vezes, os canais duplices caminham envoltos na mesma baíña adventicia, dando a impressão de unidade. A disseção cuidadosa, porém, permite comprovar a anomalia.

Pondere-se que a implantação dos canais, na bexiga, permite distinguir a sinfise unilateral do rim unico provido de dois ureteres.

No primeiro caso, cada ureter desemboca no angulo respectivo do trigono, como em condições normais. No segundo caso, ambos os canais implantam-se do mesmo lado.

* * *

De todas estas considerações, resalta a grande importancia das anomalias renais, não só em anatomia patologica, senão tambem em cirurgia, obstetricia e medicina interna.

(*Continua*)

Av. Rodrigues Alves, 43.

As aguas medicamentosas naturais

*Orientação moderna sobre o estudo e applicação das
aguas mineraes, pelo Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO*

Preço 10\$000

Pedidos ao autor, caixa postal 1574, São Paulo

Emetina Clin

O CHLORIDRATO DE EMETINA

preparado pelos Laboratorios CLIN, no estado cristallizado, corresponde ao sal de 7 moleculas de agua, em conformidade com as exigencias das pharmacopéas. Apresenta todas as garantias exigiveis quer sob o ponto de vista da sua pureza, quer da sua actividade therapeutica demonstrada por numerosos ensaios clinicos

FORMAS :

- 1° **Tabos Esterillizados Clin de Chloridrato de Emetina** de 1 cc. para injectões, doseados a 0 gr. 01 a 0 gr. 10 por cc. em caixas de 3, 6 e 12
- 2° **Chloridrato de Emetina Clin Cristallizado** por divisões de 0 gr. 50, 1 gr., 5 gr., 10 gr.

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^{le} - PARIS
SEYS & PIERRE - CAIXA POSTAL 489 - RIO DE JANEIRO

Anomalias das glandulas vitelinas da *Fasciola hepatica* (LINNEU)

J. Lacaz de Moraes

Trabalho do Laboratorio de Parasitologia da Faculdade de
Medicina de S. Paulo

Examinando centenas de *Fasciola hepatica* extraídas de fígado de bois abatidos nos matadouros da "Armour" e "Santo Amaro", encontramos dois exemplares de *Fasciola hepatica* que apresentam curiosas anomalias na disposição de suas glandulas vitelinas.

Estas anomalias consistem em uma aplasia de parte destas glandulas, bastante extensa em um dos casos (Microphotographia 1), porém bem menor no segundo caso (Microphotographia 2).

No primeiro caso a aplasia compreende a quasi totalidade das glandulas vitelinas situadas no lado direito do helminto, enquanto que no segundo caso nota-se a ausencia destas glandulas em uma faixa situada no penultimo 1/5 do lado esquerdo.

Nesta nota apenas iremos comentar a disposição da parte anormal, isto é, das glandulas vitelinas destes dois trematodes.

Normalmente teriamos que encontrar sobre as partes laterais do corpo e até a extremidade posterior, numerosos "grupos" glandulares; essas são as glandulas vitelinas, vitelogenos ou glandulas albuminiparas, de onde saem os condutos excretorios que desembocam nos coletores laterais ou vitelodutos longitudinais, que são reunidos em dois vitelodutos transversais que se anastomosam na linha mediana e dão nascimento a uma vesicula piriforme, o reservatorio vitelino ou vitelosáco.

No nosso primeiro caso, notámos nos 4/5 anteriores, a ausencia completa das glandulas vitelinas, que apenas existem no 1/5 posterior.

E' de se observar que essa pequena parte de glandulas existentes no quinto posterior do lado direito desse helminto, não possui o viteloduto lateral correspondente, escoando os seus produtos pelo viteloduto do lado oposto, com o qual se continua. Nos 4/5 onde fal-

tam as glandulas vitelinas nota-se tambem a ausencia do viteloduto longitudinal e transversal correspondentes.

As sombras que aparecem neste lado anomalo, são aquelas das ramificações do tubo digestivo.

O viteloduto transversal do lado normal, quanto ás glandulas vitelinas, apresenta uma anomalia interessante.

Antes de desembocar na bolsa vitelina ou vitelosáco ou germínodo, ele se bifurca, em dois, caminha uma pequena distancia, e se reúne novamente, como se póde ver pela microphotophia n.º 1.

E' de se notar que as glandulas vitelinas, tambem chamadas vitelogenas, são as partes mais desenvolvidas do aparelho genital, sendo que em ambos nossos casos é a parte anomala.

A natureza e a origem das glandulas vitelinas ou vitelogenos, segundo E. Perrier, estão longe de ser completamente esclarecidas; elas são muito semelhantes entretanto a essas porções diferenciadas de um ovario primitivo onde os elementos se transformariam em celulas nutrientes, ao envés de elaborador de ovos.

Os canais excretores dos ácinos vitelogenos ou glandulas vitelinas desembocam dirétamente, ou após serem reunidos por grupos, nos dois canais longitudinais que não faltam sinão quando os vitelogenos são reduzidos, de cada lado, seja a um simples ácino ou seja a um simples cacho como no caso do *G. armatum*.

Em nosso caso porém, notamos não sómente redução dos vitelogenos como ausencia completa nos 4/5 posteriores; os vitelogenos ou glandulas vitelinas do 1/5 posterior existem como dependencia daquelas do outro lado, com o qual se unem intimamente pela sua porção mais periferica.

No segundo exemplar estudado (Microphotographia 2.) nota-se a ausencia completa dos vitelogenos no penultimo 1/5 posterior, do lado esquerdo.

Nos 3/5 anteriores e no 1/5 posterior, o aspéto é normal, apresentando os vitelodutos dos ácinos das glandulas vitelinas, que vão desembocar no viteloduto longitudinal ou lateral correspondente que por sua vez se continua com o viteloduto transversal que existe neste caso.

E' de se notar aqui a ausencia completa das glandulas na parte anomala, bem como a nitida sombra feita pelas ramificações do tubo digestivo desse helminto. Os produtos glandulares da parte integra das glandulas, do 1/5 posterior, se escóam por intermedio dos vitelodutos do lado contrario.

Caixa, 2921.

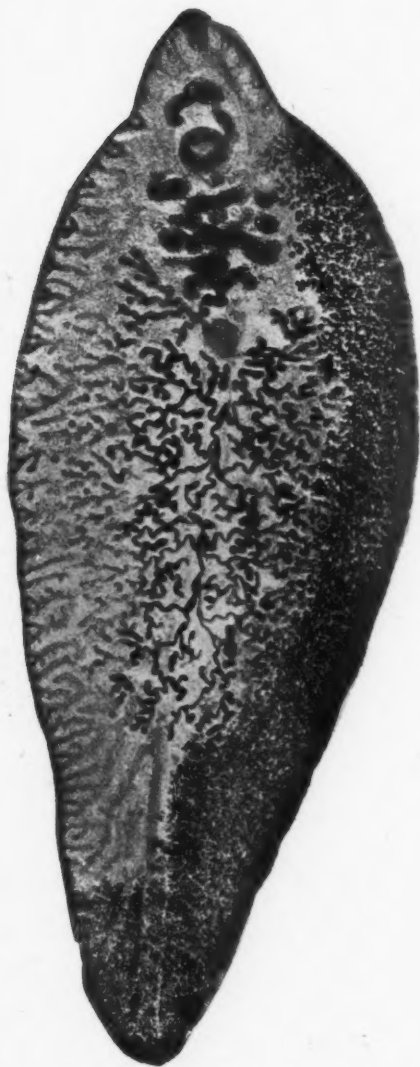
Vindo a São Paulo,

visite a

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA

PREDIO MARTINELLI





Microphotographia n.º 1



Microphotographia n.º 2

Patho genia da cephaléa post-rachianesthetica (*)

Prof. C. Angelesco

Director da 1.  clinica cirurgica do Hospital Coltzeu, de Bucarest

Dr. G. Buzoianu

Cirurg o dos hospitaes

Dr. Caramzulesco

Interno do Hospital

Como tem sido observado pela maioria dos cirurgiões que empregam a rachianesthesia, existe entre os doentes que foram submettidos a esta anesthetia, alguns que apresentam uma cephaléa, com appari  o, intensidade e duração mais ou menos variavel. A cephaléa  , entre os multiplos accidentes post-rachianestheticos, a complicação mais frequente.

Forgue e Basset, no seu relatorio sobre a rachianesthesia (1928) acham que não possuimos uma n   o exacta quanto   frequencia desses casos, porque certos autores não attribuem nenhuma importancia a uma ligeira cephaléa de curta duração, assim como outros não estabelecem distincção entre os casos ligeiros e os casos intensos. Por mais variaveis que sejam os dados dos autores, a cephaléa post-rachianesthetica não deixa de ser um accidente relativamente frequente.

Si alguns autores, como Huges, declaram, sem fornecer estatistica, que a cephaléa é rara após a anesthetia rachidiana e que se pode, após uma punção lombar, observar em média 5 % de casos, outros autores, acham, ao contrario, que ella é mesmo muito frequente. (Broglio, Lanos, Pauchet, Valdoni, etc.).

Depois de estudarem os autores o mecanismo da produção da cephaléa post-rachianesthetica e de emitirem as principaes theorias que existem a respeito, como a theoria toxica, a circulatoria, a mixta, a de irritação meningeal e a hydraulica, passam a tratar dos diversos productos que podem influir directamente, no sentido de supprimir

(*) Resumo de um trabalho publicado no "*Lyon Chirurgical*". XXIX, 521, Set. e Out. 1932.

este accidente e em seguida dizem: utilizamos a Ephetonina, em injeções, até quanto foi possível, e por via oral, quando após a rachianesthesia os pacientes apresentavam cephalea.

A observação clinica registrou, por muito tempo, os bons efeitos da adrenalina, nos phenomenos de hypoamphotonia vegetativa intensa, sobrevivendo brutalmente, após a rachianesthesia, nos pacientes enfraquecidos, hypotensos e hemorrhagicos. A observação desses efeitos da adrenalina — substancia amphotropa de predominancia sympathicotona — foi evidente, por isso que se experimentou eliminar a acção hypotona da rachianesthesia, associando a adrenalina á solução anesthetica. Os resultados, porém, não produziram o que se esperava, porque a adrenalina intrarachidiana (acção vaso-constrictiva intensa — sympathicotonia — que pode attingir o bulbo e anemial-o) de efeitos intensos, brutos e de curta duração, é perigosa. Pode-se utilisal-a após a rachianesthesia em injeções, em pequenas doses e restabelecer assim a disfuncção vago-sympathica.

O modo de emprego é por sua vez muito arriscado, visto seus efeitos passageiros e sua natureza toxica.

A Ephetonina possuindo todos os efeitos amphi-sympathicotonicos da adrenalina não possui a sua toxidez, sua brutalidade e sua curta duração hypertonisante. O methodo da atropina, applicado antes da administração da Ephetonina nos cephalalgicos, nos mostra a hypoamphotonia vegetativa de predominancia sobre o sympathico.

A cessação do syndrome cephalalgico é rapida e total. Os doentes manifestam-se logo reconhecidos, o que vem provar o grande aborrecimento que lhes causa a cephalea, bem como os bons efeitos obtido, graças ao uso da Ephetonina.

Em suas experiencias, os A. A. estudam o tonus após a Ephetonina, em alguns doentes e viram que o tonus vegetativo se restabelece e volta ao estado normal, com a amphotonia ou com a sympathicotonia, estados nos quaes o substratum de vago-tonia relativa faltando, a cephalea não existe.

Pode-se tirar disso tudo uma nova noção relativa ao assumpto, a saber: — que a administração preventiva da Ephetonina e seu emprego, antes da rachianesthesia, nos doentes hypoamphotonicos habituaes, hyposympathicotonicos ou vago-tonicos, pode evitar a cephalgia post-rachianesthetica.

Até mesmo a sua administração prophylactica, nos sympathicotonicos ou amphotonicos, não tem inconvenientes.

Esta administração, antes ou durante a rachianesthesia, é indicada na clinica, porque é difficil perceber pelo simples exame clinico, o estado do tonus vegetativo, antes da rachianesthesia, salvo casos mui manifestos — e por não se poder sempre fazer essas analyses pharmacodynamicas vegetativas em cada doente. Pela acção da Ephetonina sobre o tonus vegetativo, anniquila-se ou neutralisa-se o efeito da rachianesthesia sobre esse tonus, sob a dependencia do

qual se encontra uma série de accidentes, dos quaes para o momento, somente a cephalea nos interessa.

Esses bons effeitos da Ephetonina na rachianesthesia, foram constatados tambem por outros autores.

Seebrechts e Lamache recommendam-na em injectões intravenosas pre-operatorias, nas pessoas fracas, velhas ou intoxicadas.

A explicação scientifica dos effeitos desta injectão nos rachianesthetics é verificada por provas evidentes e de controlo.

Leveuf (Boletim e memorias da Soc. Nac. de Cirurgia) Paris, pag. 82, 1932 — demonstra que a administração da Ephetonina na rachianesthesia faz desaparecer a hypotensão sanguinea. Basset constatou o mesmo facto e as proprias pesquisas dos A. A. confirmaram esses resultados. O elemento primordial não é, todavia, a hypotensão vascular propriamente dita, a hypoamphotonia vegetativa, sendo a hypotensão uma consequencia symptomatica desta diminuição do tonus vegetativo.

A pratica dessas injectões não deve ser limitada á applicação subcutanea — feita ao mesmo tempo que a injectão sub-arachnoidiana da anesthesia — para substituir a cafeina.

A Ephetonina repetida é a melhor medicação post-rachianesthetica, nos phenomenos em que os doentes apresentam symptomas da disfuncção vegetativa e especialmente a cephalea.

Dos resultados obtidos com os ensaios vegetativos nos rachianesthetics, concluem os A. A. que se deve evitar as injectões pre-operarias de morphina. Estas e seus succedaneos possuem uma acção hypoamphotonisante, á qual se junta a da rachianesthesia.

As experiencias de Kreitmair e de Gottlieb mostram que os effeitos da Ephetonina se oppõem aos da scopolamina e da morphina sobre o organismo. Tomando como verdade, os antigos dictados, que por uma previa injectão de morphina se diminue a hyperexcitabilidade geral dos rachianesthetics, nós não faremos sinão provocar um estado de hypotonia geral, favoravel em todos os accidentes post-rachianesthetics, que têm por substratum pathogenico fundamental uma hypoamphotonia vegetativa.

E', pois, de bom alvitre, dispensar essas injectões.

Nos nossos doentes, que apresentavam cephalea, após a rachianesthesia, os effeitos da administração da Ephetonina resaltam, em média, depois de meia hora.

A cephalea póde desaparecer definitivamente ou reaparecer, depois de um tempo variavel de algumas horas a um dia. A readministração de novas doses produz o mesmo bom effeito.

Em geral, quando o doente tem dores de cabeça, duas ou mais injectões de Ephetonina (1 cm. - 0,05 ctg.) subcutaneas, com intervallos de tempos differentes, são sufficientes para fazer desappa-

recer a cephaléa para sempre. Não somente este accidente desaparece, como também o estado geral melhora. O emprego, entretanto, por via buccal, sob a fórmula de tablettes, possui uma acção mais fraca e mais lenta. Muitas vezes um unico tablette *per os* ou uma uncia injeccão subcutanea, de 1 cm. de Ephetonina, é sufficiente para afastar definitivamente a cephaléa.

P U L M A T O L

CALCIO · CREOSOTO · BELLADONA

Preparado completamente isento dos inconvenientes dos similares creosotados devido á sua formula absolutamente scientifica. Indicado nas molestias das vias respiratorias.

PROPAGADO EXCLUSIVAMENTE NA IMPRENSA E CLASSE MEDICAS

A VENDA NAS PHARMACIAS E DROGARIAS

AMARELLÃO

“Consegue-se um antihelmintico quasi ideal para o tratamento da ancylostomose em campanhas, mediante a administração de uma mistura que contenha 4 partes de tetrachloreto de carbono e 1 parte de Ascaridol (Chenopodio).” (Drs. SMILLIE e S. B. PESSOA).

PERODIOL

realiza essa feliz associação, em capsulas gelatinosas contendo, cada uma, 1 gr. de tetrachloreto de carbono rigorosamente purificado e II gottas de oleo de chenopodio. Recetar contra a **ANCYLOSTOMOSE** e a **ASCARIDIOSE**:

Capsulas de PERODIOL — Um tubo (4 capsulas).
(De 1 a 4 capsulas, segundo a idade).

TRICOCEPHALOS

Litteratura e amostras: **LABORATORIO CAMARGO MENDES S/A**
Rua Francisco Leitão, 48 Telephone, 7-5942 - São Paulo

REUNIÕES SCIENTIFICAS

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 17 DE NOVEMBRO

PRESIDENTE DR. ZEFERINO AMARAL

O primeiro caso de febre ondulante, autoctono, observado em São Paulo. (nota previa) — PROF. CARINI e pharm. PAULO VESPUCCI. — O prof. Carini, em collaboração com Phco. Paulo Vespucci, communica que tendo praticado uma hemocultura, a pedido do Dr. Joaquim Pennino, em um doente que desde mezes soffria de febre irregular, conseguiu isolar um germe do grupo Brucella. O interesse da comunicação está no facto que é este o primeiro caso de febre ondulante autoctono, devidamente controlado, verificado no Brasil. O doente era um tripeiro, que muito provavelmente infectou-se manipulando órgãos de animaes doentes. Segundo pesquisas feitas no Instituto Biologico pelo Dr. Bier, o germe isolado se comporta como uma Brucella de origem porcina. O Dr. Carini lembra que casos de febre ondulante foram nestes ultimos tempos assignalados em outros paizes da America do Sul e especialmente na Argentina, onde a frequencia é tal que foi constituida uma comissão nacional para o estudo desta doença.

Pode-se pois prever que outros casos de febre ondulante serão observados no Brasil pois que existem entre nós casos de brucellose entre os bovidos e porcos. O Dr. Carini chama a attenção dos clinicos sobre esta entidade morbida, á qual daqui por deante dever-se-á sempre pensar quando se trata de casos de febre de longa duração e de natureza indeterminada. O Laboratorio com a hemocultura e com as provas de agglutinação fornece os meios para um diagnostico rapido e seguro.

Do exame radiologico da urethra feminina. — DRS. GERALDO VICENTE DE AZEVEDO e J. M. CABELLO CAMPOS — Praticamente nada se encontra na literatura mundial sobre a uretrographia na mulher. Tendo lançado mão desse processo propedeutico em numerosas pacientes, os autores deste trabalho se venceram do seu valor consideravel, desbravando um terreno até agora não comprehendido nos dominios da radiologia. Segundo as suas pesquisas, a uretrographia feminina em casos normaes vem esclarecer certos pontos

SATIVAN

Abortivo e curativo da grippe.

Base: allium sativum. Cxs. de 3 amps.

INSTITUTO THERAPEUTICO "ORLANDO RANGEL"

ainda obscuros na anatomia da uretra; em casos pathologicos ella proporciona a descoberta de accidentes que passariam despercebidos sem o seu emprego e assume especial importancia na incontinencia urinaria, affecção frequente na mulher. Aqui a uretographia revela uma série de signaes importantes, que indicam claramente as causas que entram em jogo na produção da incontinencia, e se torna por isso indispensavel para a escolha da therapeutica appropriada a cada caso.

Sarcoma do bassinete — DR. SOARES HUNGRIA. — O caso foi publicado em nossa ultima edição (XXIV, 257; novembro de 1932).

Sarcoma gigante-celular periosteal da extremidade superior da tibia, clinica e anatomopathologicamente maligno; considerações anatomo-clinicas sobre os tumores gigante-cellulares — DRS. S. HERMETO JUNIOR E LEÃO A. NOVAES. — Os autores descrevem um caso de sarcoma gigante-celular da extremidade superior da tibia esquerda, com caracteres clinicos e anatomopatologicos de malignidade, e que sobreveiu num rapaz de 15 anos

de idade. No ato operatório verificou-se uma abundante hemorragia, bem como a existencia de um tecido de coloração acinzentada. Tratava-se de um tumor periosteal, pois, a superficie ossea não se apresentava destruida. O laudo histo-pathologico foi um sarcoma gigante-celular com caracteres de malignidade, revelados principalmente pelo accentuado grau de polimorfismo do extrinseco tumoral. Na evolução post-operatória o doente apresentou sinais evidentes de uma metastase na base do pulmão esquerdo, e em virtude da qual veio a falecer. Os autores aproveitam este caso para fazer uma revisão na bibliographia dos tumores gigante-cellulares de 1921 a 1931. Passando ao estado da anatomia pathologica destes tumores salientam a rica vascularização dos mesmos bem como a possibilidade de tornarem-se malignos como no caso descrito. Abordando o diagnostico, salientam o papel importantissimo da radiographia e da biopsia. Finalmente consideram o tratamento, referindo a orientação na escolha dos diversos metodos, que são englobados em dois grupos (conservadores e mutilantes), salientando o bom exito da "curetagem".

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE NEUROLOGIA E PSYCHIATRIA, EM 5 DE NOVEMBRO

PRESIDENTE: PROF. ENJOLRAS VAMPRÉ

Circulação do liquido cephalo-racheano — DR. RENATO LOCCHI — e **Pressão do liquido cephalo-racheano** DR. OSWALDO LANGE — Na ordem do dia foi dada a palavra o dr. Renato Locchi, que realizou sua conferencia sobre "Origem e circulação do liquido cefalo-raqueano; estado atual da questão", fazendo

uma exposição sintética das idéas mais recentes sobre o assunto. Fizeram considerações a respeito os dres. E. Vampré, A. Dreyfus e Bernardes de Oliveira. O dr. Oswaldo Lange falou, a seguir sobre "A pressão do liquido cefalo-raquidiano", salientando principalmente a sua importancia semiologica. Esse trabalho foi discutido pelo dr. E. Vampré.

REUNIÃO CONJUNTA, EM 24 DE NOVEMBRO

PRESIDENTE: PROF. RUBIÃO MEIRA

Os direitos do medico — DR. ALBERTO NUPIERI. — O A. versou sobre os seguintes assumptos: "Projectção dos problemas maximos que preoccupam a classe; medidas sanea-

doras. Ordem dos medicos: suas finalidades e extensão; sua efficiencia na tutela do patrimonio moral e interesse material da classe. Ordem e Syndicato: annuncios profissio-

naes; charlatanismo e curandeirismo; agenciadores; honorarios minimos; estabelecimentos industriaes, sociedades de soccorros mutuos, hospitaes, Companhia de Seguros, etc.;

férias e direitos de vitaliciedade. Organização de hospitaes; direcção, nomeação e promoções. Caixa de reserva para o medico invalido; Taxas privativas para assistencia sanitaria".

Sociedade de Biologia de S. Paulo

SESSÃO DE 8 DE NOVEMBRO

Presidente: Dr. Paulo de Toledo Artigas

Typho exanthematico de São Paulo — DRS. J. LEMOS MONTEIRO e FLAVIO DA FONSECA. — O trabalho versa sobre um virus isolado de ratos da zona urbana da cidade e suas relações com o do typho exanthematico de São Paulo.

Os autores fazem considerações geraes sobre os virus exanthematicos de origem murina estudados ultimamente em diversos paizes e mostram os resultados das pesquisas que effectuaram com o que foi isolado de ratos capturados na zona urbana da cidade de São Paulo, estudando-o comparativamente com o do typho exanthematico de São Paulo (zona rural).

São as seguintes as conclusões dos autores:

I — De ratos procedentes da zona urbana da cidade de São Paulo foi isolado um "virus", sendo estudado o seu comportamento experimental em relação á cobaia.

II — Pelo seu comportamento experimental e por provas de imunidade cruzada, fica patente que este virus murino differe do isolado de doentes do typho exanthematico de São Paulo, infecção manifestada de preferencia em zonas suburbanas e rurais e cujo comportamento experimental já foi estudado por um de nós em publicações anteriores. Esse virus deve corresponder a uma especie nova de ricketesia que receberia o nome de "*Ricketesia muricola*", sp. n.

III — Sómente novos estudos experimentaes, convenientemente encaminhados, mostrarão as possiveis relações do virus de origem murina, existente entre nós, com o de outras formas de "typhus" e tornarão, desse

modo, possivel a elucidação de importantes problemas relacionados com a epidemiologia das infecções exanthematicas em São Paulo.

Reprodução da tuberculose do typho virus filtravel com doses sub-infectantes — DRS. GENESIO PACHECO e PAULO ARTIGAS. — Os A.A. levaram á assembléa o resultado que obtiveram, inoculando em cobaias bacillos da amostra Vallée em doses que chamam de sub-infectantes, doses inferiores á dose infectante minima previamente verificada. Concluem os autores que:

1.º — O uso de doses sub-infectantes é capaz de produzir na cobaia aspecto semelhante ao determinado pela inoculação do virus tuberculoso filtrado.

2.º — A primeira inoculação da dose sub-infectante pode nada determinar, apparecendo as lesões nas sub-inoculações.

Estudos sobre o virus tuberculoso: II. filtração em ultrafiltros — DRS. GENESIO PACHECO e PAULO ARTIGAS. — I) Membranas de gelose: Para esclarecer o problema da herança tuberculose os A. A. experimentam filtrar o virus tuberculoso em ultrafiltros de gelose. Empregam membranas de gelose suportadas por filtros de terra muito porosa e inculam o filtrado em cobaias. Não observam a produção de tuberculose de typho filtravel. Alguns animaes inoculados apresentam tumefação ganglial não acompanhada, porém, da presença de bacillos acroresistentes ao exame microscopico, nem mantendo-se a tumefação em passagens successivas.

II) Membranas de collodio: Prepararam membranas de collodio acetico, adaptaveis a filtro Zeitz de laboratorio. Inocularam cobaias com filtrados em membrana a 1 1/2, 2 1/2, 3 1/2 e 5 %. Nenhum dos animaes inoculados apresenta á necropsia lesão tuberculosa de natureza do typico filtravel. Alguns animaes apresentam tumefacções gangliaes, attribuidas a causas diversas, ou, quando não, ellas eram desacompanhadas da presença de bacillos acroresistentes, nem se reproduzem em série.

Numa das cobaias inoculadas com filtrado em membrana a 5 % encontrou-se, num dos exames microscopicos dos ganglios, um bastonete acroresistente. Este animal, entretanto, era normal á necropsia e a subinoculação de seus ganglios em outros não determinou alteração alguma.

Este achado é interpretado aos achados semelhantes de outros pesquisadores, não ligado á tuberculose.

III) Filtração em placa Zeitz: Experimentaram os A. A. a filtração do escurro de tuberculoso, de triturado de organos de cobaia tuberculizada com bacillos humanos, de cultura em meio de Sauton da amostra Valée. Conseguiram uma unica vez a verificação experimental da passagem de material infectante, utilizando triturado de ganglios e baço de cobaia com tuberculose experimental reproduzindo o phenomeno de Fontes.

Affecções suppurativas da nutria ou ratão do banhado. — DRS. GENESIO PACHECO e PAULO ÁRTIGAS. — As nutrias soffrem frequentemente de affecções suppurativas talvez consequentes a ferimentos soffridos nas lutas entre si.

Enxerta-se nestas lesões uma flora bacteriana de germens da suppuração constituida por representantes dos generos "Staphilo-Streptococcus" e "Proteus".

Numa nutria apresentando mutilação do membro anterior, cujo côto achava-se ulcerado, morta espontaneamente, verifica-se á autopsia um grande abcesso pulmonar. No puz do abcesso encontram-se as mesmas bacterias referidas acima, mas no tecido pulmonar em torno, assim como na medulla ossea e nas visceras encontra-se uma bacteria, isolada em cultura desses organos cujos caracteres bacteriologicos eram do genero "Pasteurella". Esta bacteria é descripta como "P. myopotami", n. sp. A bacteria é patogenica para cobaia, causando nestes animaes morte rapida com lesões hemorrhagicas.

Influencia do extracto testicular sobre o phenomeno de Schwartzmann — DR. OTTO BIER — Quando se desencadeia o phenomeno de Schwartzmann comparativamente nas duas orelhas do coelho, tendo preparado uma das orelhas por meio da injeção intradermica de uma mistura de toxina + extracto de testiculo e a outra (orelha controle) pela inoculação de toxina + Normosal, verifica-se um nitido augmento da zona de reacção ao nivel da orelha injectada com o extracto testicular.

Isso prova que o factor de Reynals é tambem capaz de intensificar efeitos produzidos por substancias inanimadas, contrariamente ao que estabeleceram Hoffmann & Duran Reynals sobre a base de experiencias feitas com tripsina, toxina tetanica e endotoxina Colli.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia

SESSÃO DE 30 DE NOVEMBRO

Presidentes: Prof. Flaminio Favero e Ministro Manoel Carlos Ferraz

Novos rumos da Criminologia. — DR. CESAR SALGADO. — O orador apresentou as seguintes conclusões: "1.º — Nos codigos penaes modernos, predomina accentuado eclitismo que resulta menos de principios theo-

ricos do que do imperativo da consciencia juridica das nações civilizadas.

2.º — Além do seu caracter moral, retributivo, a pena tem funcções utilitarias de assignalado alcance.

3.º — As theorias modernas da criminalidade não autorizam, tão somente, a punição pelo crime cometido, "quia peccatum"; prescrevem, tambem, medidas repressivas para que o agente não venha a delinquir, "ne peccetur".

4.º — A lei penal não deve ser expressão sectaria de qualquer escola, mas o reflexo das grandes idéas moraes, predominantes na consciencia collectiva, em determinado momento historico".

Centro Academico Oswaldo Cruz

DEPARTAMENTO SCIENTIFICO, EM 29 DE NOVEMBRO

Um caso de embolia septica da arteria poplitea. — DOUTORANDO DOMINGOS HERMES CASSANO. — Resumo do A. : Trata-se de J. P. B., de 41 annos, brasileiro, casado, mechanico, procedente de Campinas.

HISTORIA: No dia 18 de Setembro p. p., por occasião do movimento revolucionario, recebeu diversos ferimentos perfuro-contusos na face posterior do hemi-thorax esquerdo e região deltoidéa direita, occasionados por estilhaços de "shrapnell". Perdera a consciencia. Horas depois, vertia pela bocca, golfadas de sangue, accidente esse que se attenuara progressivamente, até o desaparecimento no 5.º dia. Do hospital da "frente", removido para o Hospital Militar desta Capital, aqui apresentara symptomata de evidente infecção e no dia 25, do mesmo, sentira de modo repentino, forte dor que comparou á "punhalada" na face posterior do terço inferior da côxa esquerda.

Recebera medicação local, nada lhe valendo.

A dor, paulatinamente, se diffundira por toda a perna correspondente e foi quando, assim impelido na mareba, peorando, resolvera procurar o Serviço do Prof. Alves de Lima (Santa Casa de Misericordia), dando ingresso aos 5 de Outubro.

EXAME RECENTE: Apresentava então, symptomatologicamente, um quadro de hemo-pneumothorax esquerdo. A perna esquerda apresentava signaes de gangrena em formação, a partir de 2 dedos transversaes abaixo da interlinha articular femurotibial. Ausencia de qualquer effraccão de continuidade. Pulso da arteria

femural conservado e o da poplitea, ausente.

R. de Wassermann : + + + +.

Exame de urina : Glycose e Albumina : ausentes.

Tentámos o tratamento pela medicação calcica e vaso-dilatadora e o processo sempre progredindo em sua marcha. **DIAGNOSTICO:** Pela differenciação entre os diversas formas de gangrena (por desorganização anatomica, disturbios circulatorios e innervatorios) chegámos a concluir, tratar-se de : Necrose ischemica do membro inferior esquerdo, de origem embolica.

OPERAÇÃO: 15 de Outubro (9 horas).

Operador : Prof. Alves de Lima ; Hermes Cassiano. Anesthesista : dr. Sebastião Hermeto Junior. Anesthesico : Ether. Duração : 25 minutos. Foi executada sem accidentes, a amputação do membro inferior esquerdo, ao nivel do terço médio da côxa.

POST-OPERATORIO: O doente succumbe no dia seguinte, de "shock operatorio".

NECROPSIA da peça de amputação : Apenas a arteria poplitea obliterada por um coagulo de cerca de 11 cms. de extensão.

EXAME HISTO-PATHOLOGICO (Laboratorio da Faculdade de Medicina) : Dr. E. Etzel. Meso-arterite chronica ; Thrombose da arteria poplitea (não ha vestigios de organização) ; Arterite aguda.

N. B. — Os exames em falta, por motivos particulares, não puderam ser realizados.

DISCUSSÃO: Embolia ?

1) Historia da molestia : caracter da dôr poplitêa ; hemorrhagia e infecção anteriores.

2) Arterite aguda : inespecifica (presença do embolo) ; especifica (provavel septicidade do embolo).

3) A thrombose foi secundaria ao assentamento do embolo (pela estase sanguinea e endarterite, pela presença do embolo).

4) Si a thrombose por endarterite prévia fôsse a responsavel, pelo espaço de 20 dias decorridos entre as manifestações clinicas locais e a operação, deveria ter havido pelo menos, um esboço de organização do thrombo.

5) Clinicamente, pelo menos, a *syphilis* poderia ser a responsavel pela mesoarterite chronica.

6) O côrte histo-pathologico não teve a felicidade de apanhar o embolo.

7) O processo gangrenoso foi de evolução lenta, pois que se fez a circulação collateral, até que a thrombose secundaria obliterasse os orificios das arterias collateraes da poplitêa que coparticipam no circulo arterial perituleano.

Um caso de purpura hemorrhagica trombocytopenica ou mal de Werlhof. — ACADEMICO JOÃO GRIECO. — O A. lê a observação de um caso por elle acompanhado na enfermaria do prof. Ovidio Pires de Campos. Trata-se de A. G., branco, brasileiro, lavrador, com 23 annos, casado, procedente de Assis. Desde os 16 annos que apresenta hemorrhagias continuas. A primeira dellas, intestinal, durou cerca de 4 mezes. O sangue era de côr vermelho vivo, vindo ás vezes acompanhado de catarrho. Após essa primeira hemorrhagia, seguiram-se outras, tambem intestinaes, acompanhadas de dôres frustas e diffusas por todo o abdomen. Tratou-se com remedios caseiros : quina e limão. Notava o paciente que qualquer ferimento que soffresse, por pequeno que fosse, era sempre acompanhado de abundante perda de sangue. Finalmente, ha 40 dias atraz, teve nova hemorrhagia intestinal, que durou 8 dias, findo os quaes foi accommettido de sarampo (diagnostico medico). Passados 9 dias, sentiu-se curado desta enfermidade.

Ha 18 dias, teve fortissima hemorrhagia intestinal, começando ainda no mesmo dia a pôr grande quantidade de sangue pela bocca. Contra esta violenta perda de sangue, empregouse sôro hemostático, coaguleno, adrenalina, emetina e 400 cc. de sôro. Melhorado, foi-lhe aconselhado procurar esta Capital, onde encontraria lenitivo para seu soffrimento. No logar onde habita não viu caso semelhante ao seu, em sua alimentação nunca faltaram vitaminas. Em seus antecessores pessoas, bem como nos de familia, nada ha a salientar. O exame dos differentes apparelhos nada revelou. As provas de fragilidade capillar (de Grocco, de Hess, prova do martello, de Koek) foram positivas. A simples picada para applicação de uma injeção endovenosa produzia extensa echymose. O baço foi palpado 3 dedos abaixo do rebordo costal esquerdo, e o figado a 2 dedos do rebordo direito, ambos indolores. Os exames hematologicos feitos pelo Dr. Humberto Cerrutti forneceram os seguintes resultados :

I) Contagem total :

- a) Erythrocytos . 3.150.000 mme.
- b) Plaquetas . . . 29.400 mme.
- c) Leucocytes . . . 8.540 mme.

II) Dosagem da hemoglobina pelo methodo de Dare :

a) riqueza da hemoglobina em relação com a do sangue normal : 57 %.

b) riqueza do sangue em peso absoluto de hemoglobina 79,8 grs. de hb. por litro.

III) Capacidade de fixação do oxigenio : 10,69 % de sangue.

IV) Relação globular : 1 para 369.

V) Riqueza globular : 3.385.840.

VI) Valor ou indice globular : 1,0.

VII) Tempo de coagulação : Em lamina : 3 minutos e 40 segundos ; tubo capil. : 5 minutos e 15 segundos.

VIII) Tempo de sangria (W. W. Duke) Lóbulo da orelha : mais de 25 minutos.

IX) Retractibilidade do coagulo : ausente (24 horas).

X) Contagem differencial sobre 400 globulos brancos :

Polymorphos nucleares neutrophilos 23,50 %

Polymorphos nucleares basiphilos	0,75 %
Polymorphos nucleares eosiphilos	35,00 %
Lymphocytos	32,50 %
Monocytos	4,00 %
Histiocytos	0,50 %
Cellula irritativa de Turck	0,75 %
Nucleo em bastonete	3,75 %
Segmentados	22,75 %
Lymphocytos leucocytoides	21,25 %
Lymphocytos typicos	11,25 %
Histiocytos pequenos ou cellulas lymphocytoides	0,50 %

XI) Indice do desvio dos neutrophilos de Schilling 0,16.

XII) Na contagem diferencial foi notada grande diminuição de hematóblastos, sendo encontradas duas plaquetas gigantes.

XIII) Quanto á morphologia dos globos vermelhos notamos accentuada anisocytose, leve poicilocytose e accentuada polychromatophilia. São raras as formas hypochromicas.

XIV) No protoplasma dos neutrophilos notamos raras granações tóxicas beta. Não encontramos granações tóxicas alfa.

XV) Substancia granulo - filamentosa normal.

XVI) Os esfregaços não revelaram hematozoários de Laveran.

a) H. CERNUTTI.

Wassermann : negativo. Fezes : negativo.

O tratamento constou, inicialmente, de therapeutica symptomatica, e depois 5 applicações de Raios X. Com este tratamento o numero de plaquetas foi a 100.000 mmc., o tempo de coagulação foi em lamina, de 5 minutos, e o tempo de sangria baixou a 6 minutos.

O A. traça em linhas geraes os caracteres differencias entre o Mal de Werlhof e a hemophilia, escorbuto e mal de Barlow, peliose rheumatica e outras purpuras symptomaticas. Chama a attenção para o tempo de coagulação que é normal no Werlhof e augmentado na hemophilia; a ausencia de avitaminose, que está presente no escorbuto e mal de Barlow. Finalmente faz interessantes considerações sobre a therapeutica cirurgica do mal de Werlhof, citando um caso da clinica do Dr. Edmundo Vasconcellos, em que logo após a esplenectomia o numero de plaquetas subiu de 32.320 a 34.850.

LITERATURA MEDICA

Livros recebidos

La tension arterielle maxima, expression mathématique de sa valeur. — L. PRADO — Porto, 1932 — 18 pags. — Baseado em considerações fisiológicas, raciocínios e calculos, o A. estabelece as seguintes leis:

1.ª) as tensões arteriaes normais de dois individuos estão entre si como as raizes quadradas dos volumes de seu sangue;

2.ª) a tensão arterial normal é proporcional á raiz quadrada da massa de sangue do individuo.

Tomando como normal a maxima de 14, no homem de 65 quilos, de cujo peso o sangue representa 1/13 (5000 grs.), o A. indica a seguinte formula para se calcular a máxima de um adulto :

$$\frac{\sqrt{5000}}{\sqrt{V}} = \frac{14}{X}$$

onde V' representa a massa do sangue (1/13 do peso) do individuo.

Para se obter a tensão arterial em função da massa do sangue, basta multiplicar a raiz quadrada desta massa pelo coefficiente 1,98; teremos em milímetros de mercurio o valor procurado.

O A. promete escrever ainda sobre a pressão minima e sobre a differencial.

DR. BARBOSA CORREIA.

Algo sobre a identidade botânica do "oiti" e do "pequiá" da Bahia — F. C. Hohene, 1932 — O A., que occupa actualmente o cargo

de Chefe da Secção de Botanica e Agronomia do Instituto Biológico de São Paulo, é uma das maiores autoridades brasileiras em questões de botânica. Sua obra é volumosa e valiosa. O presente folheto é separata dos Annaes da Academia Brasileira de Sciencias, IV, março de 1932. Vem illustrado com duas planchas.

Pins at the periphery of the lung - CHEVALIER JACKSON e CHEVALIER L. JACKSON, 1932. — Os AA. reuniram 42 casos de alfinete localizado na periphéria dos pulmões. Fizeram um detalhado estudo clinico dos casos e estenderam-se longamente sobre o tratamento, descrevendo um aparelho especial para

extrahir o alfinete. O presente folheto é reimpressão dos "Archives of Otolaryngology", XV, 860, Junho de 1932.

Handbuch des Gesamten Unfallheilkunde - F. KONIG e G. MAGNUS, Ferdinand Enke, Stuttgart, 1932. — Acabamos de receber os fasciculos II e III do 2.º volume da importante obra que se está publicando na Alemanha sobre os accidentes do trabalho. O fasciculo II trata das molestias pulmonares, particularmente da silicose. O fasciculo III dedica-se ás molestias tropicaes, dando grande attenção á malária. Uma vez completa, será obra de grande valor para todo clinico.

Publicações periodicas

Arquivos da Escola Medico-Cirurgica de Nova Goa - Série A, fasciculo especial, 1931. — O presente numero, edição especial, é consagrado ao trabalho do prof. Alberto Germano da Silva Correia sobre "A Velha Goa", em que ha um excellent capitulo sobre São Francisco Xavier e um desenvolvido estudo sobre as condições sanitarias do lugar.

Memoria Anual do Instituto de Medicina Experimental - Buenos Aires, 1932. — E' o volume correspondente ao anno de 1931. Como os anteriores, traz um estudo estatístico detalhado da actividade do grande centro canceroso durante aquelle anno. E' um estudo comparativo, em que muito se aprende e muito se admira a obra formidável de Roffo.

Revista do Pharmaceutico - Rio, num. 1, Outubro de 1932. — Editada pelo Instituto Biochimico e dirigida pelos Drs. Paulo Prouença e Sergio Azevedo, appareceu no Rio mais uma revista dedicada a assumptos do interesse da classe pharmaceutica. A apparencia material é attractante e o summario é variado e interessante.

Archivos Uruguayos de Medicina, Cirurgia y Especialidades - Montevideo, I, n. 1, outubro de 1932 — E' uma excellente revista. Organ da Federação das Sociedades Medico-cirurgicas do Uruguay, propõe-se a diffundir os melhores trabalhos que se produzam no vizinho paiz. Feitura material otima; summario longo e variado.

Theses de São Paulo

Contribuição para o tratamento das fracturas do humero pelo aparelho de Séjournet - DR. ALMIR ALVES DE LIMA - São Paulo, 1932. — Do estudo pratico feito do aparelho de Séjournet, chegou o A. ás seguintes conclusões:

1.ª) Excepção feita das fracturas da extremidade inferior do humero e

daquellas de nitida indicação operatoria, todas as demais fracturas com séde no humero são susceptíveis do tratamento pelo aparelho de Séjournet.

2.ª) E' um aparelho de typo ambulatório, de extensão continua e contensão, de facil collocação, e não é revelado ao exterior, pois elle pode

ser escondido pelas vestes do doente.

3.ª) E' admiravelmente supportado pelos doentes, e é o unico aparelho que assegura uma contensão perfeita, permitindo uma mobilidade precoce e completa das articulações da espádua e do cotovello, o que é de grande valor.

4.ª) As fracturas do humero deverão ser aparelhadas quanto antes, não sendo contra-indicação o edema do braço. As tiras de borracha se adaptam facilmente á medida que o edema fôr reduzindo, de maneira a garantir sempre uma immobilização absoluta.

5.ª) Nas fracturas diaphysiaras o "restitutio ad integrum" funcional foi completo; e nas fracturas da extremidade superior os resultados foram bastante satisfactorios.

6.ª) E' de assignalar a precocidade no desaparecimento da dôr e no restabelecimento dos movimentos de todas as articulações do membro, — sendo ainda digno de nota que a atrophia muscular é tão diminuta que se pode considerar praticamente inexistente.

A pratica das injeções esclerosantes em rhinologia. — DR. JULIO FRANÇA BITENCOURT — São Paulo, 1932. — As conclusões do A. são as seguintes:

I) Os optimos resultados obtidos pelas injeções esclerosantes no tratamento das varizes e das hemorroides, tornam aconselhavel sua pratica em Rhinologia, nos casos de Rhinite congestiva, corysa espasmodico e nas Epistaxis do "locus de Kiesselbach".

II) A solução aquosa de chlorhydrato duplo de quinino e uréa a 5 % applicada pelo methodo de Richier e Leroux, não é toxica, nem emboligena, é indolor e não provoca ulcerações.

III) As injeções esclerosantes de quinino e uréa a 5 %, teem em Rhinologia sobre a galvanocauterização as seguintes vantagens:

a) Respeitam a mucosa, cuja função é tão importante e valiosa, porquanto o processo de esclerose se passa na região sub-mucosa.

b) agem exclusivamente sobre o tecido vascular.

c) evitam ulceração da mucosa, portanto sua infecção, desviando a possibilidade da formação de synechias.

d) produzem reacção inflammatoria minima.

IV) Para se obter resultado seguro nos casos de Rhinite congestiva pelo methodo de Lorroux e Richier, é necessario provocar accentuada anemia da concha visada, para que o liquido possa agir sobre lacunas venosas vazias, com paredes juxtapostas.

V) Nossas observações demonstram que doentes submettidos ao tratamento pela injeção de quinino e uréa, apresentavam um anno após resultados beneficos, isto é, conchas retrahidas, mucosa com o aspecto normal e permeabilidade nasal perfeita.

Contribuição para o estudo da soro-precipitação em Medicina Legal. — DR. MAURICIO CAIUBI DE OLIVEIRA — São Paulo, 1931. — O A. chegou ás seguintes conclusões:

1) De acôrdo com Kolmer, Derieux et Leclercq, achamos que é difficil a obtenção de um soro precipitante anti-homem de titulo bastante elevado.

2) Conforme as nossas verificações, as do Dr. Arnaldo Amado Ferreira e as de outros experimentadores, a atividade do soro precipitante a obter-se depende mais do animal do que do processo imunizante usado.

3) Para fins medico-legais, devem preferir-se os séros preparados com antigenos cozidos.

4) Com o emprego da técnica de Dalla Volta e Del Carpio, obtém-se soro precipitante bastante activo para os fins medico-legais.

5) Os resultados conseguidos com a técnica dos autores acima referidos são mais constantes do que com o emprego do soro humano normal.

6) Usando-se o soro humano normal, tambem pode obter-se, posto que mais difficilmente soro precipitante de titulo tão elevado quanto aquelle conseguido por Dalla Volta e Del Carpio com a sua técnica.

7) Com o emprego da albumina total do sangue humano, da maneira que a experimentámos, não obtivemos os resultados desejados.

NOTICIARIO

Associação Paulista de Medicina

Nova directoria — Em assembléa geral, realisada a 27 de novembro, foram eleitos os novos directores dessa Associação para o anno de 1933.

Foi o seguinte o resultado geral das eleições :

Directoria — Presidente, prof. dr. Alves de Lima ; vice-presidente, dr. Felício Cintra do Prado ; 1.º secretario, dr. Roberto Oliva ; 2.º secretario, dr. João Octavio Nebias ; 1.º thesoureiro, dr. Ernesto Moreira ; 2.º thesoureiro, dr. Vital Vaz ; bibliothecario, dr. Jorge Maia.

Secção de Medicina — Presidente, dr. Eduardo Monteiro ; 1.º secretario, dr. Antonio Moura Albuquerque ; 2.º secretario, dr. Armando Valente Junior

Secção de Cirurgia — Presidente, dr. prof. Benedicto Montenegro ; 1.º secretario, dr. Adolpho Corrêa Dias ; 2.º secretario, dr. Francisco Cernutti.

Secção de Urologia — Presidente, dr. Athayde Pereira ; 1.º secretario, dr. Jarbas Barbosa de Barros ; 2.º secretario, dr. J. Martins Costa.

Secção de Neurologia — Presidente, dr. Thomé Alvarenga ; 1.º secretario, dr. Moacyr Amorim ; 1.º secretario, dr. Fausto Guerner.

Secção de Biologia — Presidente,

dr. Eduardo Vaz ; 1.º secretario, dr. Alves Meira.

Tisiologia — Presidente, dr. Clemente Ferreira ; 1.º secretario, dr. Santos Fortes ; 2.º secretario, dr. Carlos Noce.

Obstetricia e Ginecologia — Presidente, dr. José Medina ; 1.º secretario, dr. Carlos Leitão Filho ; 2.º secretario, dr. Alvaro Guimarães Filho.

Oto-rhino-laryngologia — Presidente, prof. Schmidt Sarmento ; 1.º secretario, dr. Homero Cordeiro ; 2.º secretario, dr. Raphael da Nova.

Pediatria — Presidente, prof. Pinheiro Cintra ; 1.º secretario, dr. Renato Leite de Moraes ; 2.º secretario, dr. Mario Mursa.

Commissão de Syndicancia — Dr. Leonel Orselini, dr. Gentil Marcondes de Moura, dr. Fernando Fonseca, dr. V. Feliz de Queiroz, dr. João de Oliveira Mattos.

Commissão de União e Defesa da Classe — Dr. Oscar Monteiro de Barros, dr. Costa Manso, dr. Carlos Buller Souto, dr. J. Leme da Fonseca.

Commissão de Finanças — Dr. André Dreyfus, dr. Jacques Tupinambá, dr. Oswaldo Lange, dr. Matheus Santamaria.

Sociedade de Biologia de São Paulo

Nova directoria. — A directoria para 1933, recentemente eleita, é a seguinte :

Presidente, dr. Dorival Cardoso ; vice-presidente, dr. Alcides Prado ;

secretario geral, dr. Eduardo Etzel ; 1.º secretario, dr. Max Barros Erhart ; 2.º secretario, dr. Paulo Azevedo Antunes ; bibliothecario, dr. Jorge Andrade Maia.

Escola de Medicina Veterinaria de São Paulo

Formatura da 1.ª turma. — Aca-ba de concluir o seu curso, após a reforma da Escola de Medicina Veterinaria de São Paulo, em 1929, a primeira turma de medicos veterinarios, constituída dos seguintes senhores : Antonio de Paiva Fôz, Cesario

R. Machado, Cicero Ferraz Lopes, Leovigildo Pacheco Jordão, Mauricio Hanciau, Paulo Pinto Bittencourt e Pedro P. Larocca.

A solennidade da collação de grau da referida turma dar-se-á no dia 12 de Janeiro, ás 16 horas e meia, pe-

rante toda a congregação, no salão nobre da Escola, no Parque da Indústria Animal, 4 avenida Agua Branca, 53.

Paranympará os novos medicos

veterinarios, o sr. dr. Mario Maldonado, director superintendente da Escola, sendo orador official da turma o doutorando Cesario R. Machado.

III Congresso Internacional dos Hospitais

Sua realização em junho de 1933. — De 28 de junho a 3 de julho de 1933, reunir-se-á em Knoeke, Belgica, o III Congresso Internacional dos Hospitais. A esse certame, as comissões technicas de estudo da Associação Internacional dos Hospitais submeterão o resultado de

seus trabalhos, sob a forma de directivas praticas, que terão valor internacional. O Congresso será seguido de uma viagem de estudos através da Hollanda durante cinco dias. Todas as informações sobre o acontecimento serão fornecidas por Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Allemanha.

Syndicato Medico Brasileiro

Casa do Medico. — Da directoria do Syndicato Medico Brasileiro recebemos a seguinte circular:

“O Syndicato Medico Brasileiro, no elevado intuito de proporcionar aos medicos de todo o paiz o amparo moral e material a que esses têm incontestemente direito, concentra no momento todo o seu esforço na grandiosa obra da construção da “Casa do Medico”, destinada ao abrigo dos medicos invalidos, doentes e sem recursos.

Em virtude da generosa doação da Exma. Sra. D. Maria Felicio dos Santos, dignissima progenitora do nosso saudoso syndicado, Dr. Luiz Felicio Torres, possui o Syndicato Medico um excellente terreno de 45+100, á rua Cosme Velho, 136, no aristocratico bairro das Laranjeiras.

Nesse local será erigido um bello edificio destinado a ser a sede da “Casa do Medico”, do Syndicato e do Club Medico.

Não será necessario encarecer o alcance dessa realização, para que a sua utilidade resalte do seu simples enunciação. Entretanto, para fazer face ás despesas dessa construção, o Syndicato Medico resolveu instituir a “Legião dos Constructores da Casa do Medico”, á qual poderá pertencer todo aquelle que contribuir com a quantia de um con-

to de réis, paga de uma só vez ou em prestações mensaes de cem mil réis.

O medico “Legionario Constructor da Casa do Medico” tornar-se-á socio bemfeitor do Syndicato Medico Brasileiro, com todas os direitos e prerogativas conferidos aos socios actuaes pelos Estatutos em vigor, e aos leigos “Legionarios Constructores da Casa do Medico”, será conferido o titulo de socio honorario do Syndicato Medico Brasileiro, tendo ambos esses Legionarios, seus nomes gravados numa placa de bronze que será collocada na sala de honra da “Casa do Medico”, como testemunho do seu perpetuo reconhecimento por tão ale vantado acto de philanthropia”.

O que será a “Casa do Medico” — No edificio que o Syndicato Medico Brasileiro vae construir será installada a “Casa do Medico” dispondo de grande numero de amplos e confortaveis quartos e apartamentos para recolhimento de todos os medicos invalidos e pobres, além de salas de jantar, de palestra, bibliotheca, etc. Terá tambem esse edificio um amplo salão de conferencias para installação do Club Medico e sede dos congressos medicos, cursos de aperfeiçoamentos para os medicos do interior, dispondo de possante estação radio transmissora para irradiação

de todas as palestras e cursos alli realizados. Os andares restantes terão quartos e apartamentos destinados aos medicos do interior e desta Capital, desde que sejam "Legionarios". Dessa maneira, poderá o Syndicato Medico alojar no seu próprio edificio todos os medicos que se destinarem aos seus cursos de aperfeiçoamento. Uma capella, campo de tennis e piscina, completarão essa obra de grande vulto que o Syndicato Medico Brasileiro espera levar avante com o valioso concurso da classe medica nacional, realizando dessa

fôrma, a maior obra de congraçamento da classe.

O facto de esse edificio dispor de grande numero de quartos e apartamentos para aluguel a medicos, facilitará de maneira extraordinaria a visita frequente dos medicos do interior a esta capital, em virtude de alojar-os no seio da propria classe e proporcionará aos medicos desta Vapital, o aluguel, por preços modicos. de alojamentos para suas residencias. Os "Legionarios" gosarão de grandes abatimentos nesses apartamentos ou quartos.

THERMAS DA FONTE SONIA

AGUA RADIOACTIVA

VALLINHOS - CAMPINAS

Estação climaterica para tratamento das molestias do fígado, rins, estomago, intestinos, arterio-esclerose, diathese arthritica, arthritismo agudo, nas molestias ligadas ás perturbações da nutrição com dyscrasia, nas molestias genito-urinarias, principalmente nas cystites chronicas, nos engorgitamentos ganglionares, lithiase em geral e insufficiencias hepato-renaes.

Grandemente diuretica, é uma agua eliminadora por excellencia, e excitadora do metabolismo cellular.

Excellent como agua de mesa, por ser levissima e de paladar agradavel — (centenas de attestados medicos affirmam a sua efficacia).

Hotel offerecendo o maximo conforto, com optima cozinha e dietas apropriadas. Quartos de primeira e de luxo, com apartamentos. Preços modicos.

Distante de S. Paulo apenas 1 hora e meia, pela Estrada de Ferro Paulista. Pela estrada de rodagem official, apenas 2 horas. A distancia da Estação de Vallinhos ao hotel é apenas de 3 kilometros. Serviços de automoveis.

Estação de cura aberta durante o anno inteiro. — Clima agradavel. — Altitude de 690 metros.

Pedidos de informações ao gerente

ANTONIO CAPPELOTTI

Vallinhos — Campinas.

INDICE ALPHABETICO dos trabalhos originaes

VOLUME XXIV. JULHO-DEZEMBRO DE 1932

	PAGS.
Abdomen (necrose de musculos) — Drs. Sebastião Hermeto Junior e S. Oliveira Barros — N.º 5	211
Anomalias do rim — Dr. Eduardo Monteiro — N.º 6	287
Aortica (insufficiencia) — Drs. Jairo Ramos, Eduardo Etzel e Paulo Toledo — N.º 1	33
Bacinete (sarcoma) — Dr. José Soares Hungria — N.º 5	257
Bexiga (diverticulo) — Dr. Jarbas B. Barros — N.º 6	279
Calculose biliar (visibilidade radiologica) — Dr. Eurico Branco Ribeiro — N.º 5	249
Calculose renal na infancia — Dr. Jarbas B. Barros — N.º 1	5
Cephaléa post-rachianesthesica — Dr. C. Angelesco — N.º 6	305
Contusões renaes — Dr. Arthur Ribeiro de Saboya — N.º 4	169
Coqueluche (diagnostico e vaccinothérapie) — Dr. Carvalho Lima — N.º 2	95
Coração (endocardite rheumatica) — Dr. Carvalho Lima — N.º 1	15
Diverticulo da bexiga — Dr. Jarbas B. de Barros — N.º 6	279
Duodeno (dilatação aguda) — Dr. Sebastião Hermeto Junior e Oliveira de Barros — N.º 5	211
Duodeno (ulcera estenosante e toxicose) — Prof. B. Montenegro e Dr. Piragibe Nogueira — N.º 1	19
Endocardite rheumatica e Streptoc. cardioarthritis — Dr. Carvalho Lima — N.º 1	15
Enfermidades osseas (pathogenia e tratamento) — Lugo Rodrigues Riet e Alfredo Silveira — N.º 4	193
Enterostomias (technica de Theodoresco) — Dr. Sebastião Hermeto Junior — N.º 1	47
Estomago (chimismo pela prova de Katsch) — Dr. Carlos Oliveira Bastos — N.º 5	233
Estomago (dilatação aguda) — Drs. Sebastião Hermeto Junior e S. Oliveira Barros — N.º 5	211
Fasciola hepatica (anomalias das glandulas vitelinas) — Dr. J. Lacaz Moraes — N.º 6	301
Herniotomia (complicações raras) — Drs. Sebastião Hermeto Junior e S. Oliveira Barros — N.º 5	211
Impaludismo (surto de 1931 em São Paulo) — Dr. Alcides Prado — N.º 4	163
Insufficiencia aortica — Drs. Jairo Ramos, Eduardo Etzel e Paulo Toledo — N.º 1	33
Intestinos (enterostomias, technica) — Dr. Sebastião Hermeto Junior — N.º 1	47
Katsch (prova de) — Dr. Carlos de Oliveira Bastos — N.º 5	233
Lithiase biliar (visibilidade radiologica) — Dr. Eurico Branco Ribeiro — N.º 5	249
Lithiase renal na infancia — Dr. Jarbas B. Barros — N.º 1	5
Malaria (surto de 1931 em São Paulo) — Dr. Alcides Prado — N.º 4	163
Meningites bacterianas em São Paulo — Dr. Carvalho Lima — N.º 3	145

Molestia de Paget — Drs. Lugo Rodrigues e Alfredo Silveira — N.º 4.	193
Molestia de Recklinghausen (ossea) — Drs. Lugo Rodrigues e Alfredo Silveira — N.º 4	193
Necrose dos musculos do abdomen — Drs. Sebastião Hermeto Junior e S. Oliveira Barros — N.º 5.	211
Osteomalacia (pathogenia e tratamento) — Drs. Lugo Rodrigues e Alfredo Silveira — N.º 4.	193
Pathologia renal — Dr. Eduardo Monteiro — N.º 6.	287
Prova de Katsch (chimismo gastrico) — Dr. Carlos de Oliveira Bastos — N.º 5	233
Resistencia ohmica — Dr. Carlos Fernandes — N.º 1.	53
Rim (anomalias) — Dr. Eduardo Monteiro — N.º 6	287
Rim (contusões do) — Dr. Arthur Ribeiro de Saboya — N.º 4.	169
Rim (lithiase do — na infancia) — Dr. Jarbas B. de Barros — N.º 1.	5
Rim (pathologia) — Dr. Eduardo Monteiro — N.º 6.	287
Rim (tuberculose do) — Dr. Sebastião Hermeto Junior — N.º 3.	121
Ruptura incompleta da vesicula biliaria — Dr. Eurico Branco Ribeiro — N.º 5	249
Sarcoma do bacinete — Dr. José Soares Hungria — N.º 5	257
Streptococcus cardioarthritidis (na endocardite rheumatica) — Dr. Carvalho Lima — N.º 1.	15
Toxicose por ulcera estenosante do duodeno — prof. B. Montenegro e Dr. Piragibe Nogueira — N.º 1.	19
Tuberculose infantil em São Paulo — Dr. Alfredo Pujol Filho — N.º 2.	81
Tuberculose uro-genital — Dr. Sebastião Hermeto Junior — N.º 3.	121
Ulcera estenosante do duodeno (toxicose) — Prof. B. Montenegro e Dr. Piragibe Nogueira — N.º 1.	19
Vaccinotherapie da coqueluche — Dr. Carvalho Lima — N.º 2.	95
Vesicula biliaria (ruptura incompleta) — Dr. Eurico Branco Ribeiro — N.º 5.	249
Visibilidade radiologica dos calculos biliares — Dr. Eurico Branco Ribeiro — N.º. 5	249

Indice por autores

	NUMERO	PAGINAS
Alcides Prado	4	163
Alfredo Pujol Filho	2	81
Alfredo Rodrigues	4	193
Arthur Ribeiro de Saboya	4	169
Benedicto Montenegro	1	19
Carlos Fernandes	1	53
Carlos de Oliveira Bastos	5	233
Carvalho Lima	1, 2 e 3	15, 95 e 145
Eduardo Etzel	1	33
Eduardo Monteiro	6	287
Eurico Branco Ribeiro	5	249
Jarbas Barbosa de Barros	1 e 6	5 e 279
Jairo Ramos	1	33
José Soares Hungria	5	257
Lacaz de Moraes (J.)	6	301
Lugo Rodrigues Riet	4	193
Oliveira Barros (S.)	5	211
Paulo Toledo	1	33
Piragibe Nogueira	1	19
Sebastião Hermeto Junior	1, 3 e 5	47, 121 e 211

UM PRODUCTO DE
GRANDE ALCANCE
 RECENTEMENTE INTRODUZIDO
 NA MEDICINA

TRANSFUSINA

Empregadas nas:
HOSPITAES DE SÃO PAULO
AMBULANCIAS DO EXERCITO
NACIONAL
SERVIÇO SANITARIO DE SÃO PAULO
CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

MODERNO SUBSTITUTO DA
TRANSFUSÃO DE SANGUE
 APÓS AS
 GRANDES HEMORRHAGIAS

TRANSFUSINA

DOADOR UNIVERSAL

Formula original de
 do Chimico-Pharmaceutico J. PELOSI

USO:
 Dissolver, ao momento de usar, o conteúdo de uma ampoula (20 c. c.)
 em um litro de Soro fisiologico e injectar **fratamente** por
 via intravenosa de 100 c. c. a 1000 c. c. de **juizo de**
 medicaes de qualquer ordem.

Não produz o mínimo symptoma de choque.

LABORATORIO DE HYPODERMIA "PELOSI"
 AV. BRIG. LUIZ ANTONIO, 1114 - TEL. 2.1550 - CAIXA 2881 SÃO PAULO.

Soro artificial polycitrado, concentrado,
 para Uso Medico
 indispensavel na bolsa do Cirurgião

CONTÉM:
 Citratos de: Sodio - Calcio - Ferro - Magnesio
 e Manganex
 em solução rigorosamente isotópica e salina.

5 AMPOLAS DE 20 c. c.

Mediante pedido, enviam-se amostras aos snrs. medicos

A Grande Marca dos Antisepticos
Urinarios e Biliares

URASEPTINE ROGIER

Dissolve e Expulsa o Acido Urico

EMPREGADA COM SUCESSO
nos Hospitais e Dispensarios da Cidade de Paris,
da França, do Mundo inteiro

Amostras e Literatura com os srs.

JULIEN & ROUSSEAU

Agentes gerais para todo o Brasil

174, R. Gen. Camara — Caixa Postal, 484
RIO DE JANEIRO

HENRY ROGIER

Antigo interno dos Hospitais de Paris ou Membro da
Sociedade de Chimica da França

56, BOULEVARD PEREIRE, PARIS

